

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberkulosis Paru

2.1.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini terutama menyerang organ paru-paru, namun juga dapat menginfeksi organ lain seperti kelenjar getah bening, tulang, ginjal, dan otak. Tuberkulosis paru sering ditemukan sekaligus menjadi sumber utama penularan di masyarakat. Penularan terjadi melalui udara, yaitu ketika penderita tuberkulosis aktif mengeluarkan *droplet* yang mengandung bakteri *Mycobacterium tuberculosis* saat batuk, bersin, atau berbicara, yang kemudian dapat terhirup oleh orang lain hingga mencapai paru-paru. Setelah bakteri masuk ke dalam tubuh, bakteri tersebut akan berkembang di alveoli paru dan memicu respons imun. Pada sebagian individu, bakteri dapat berada dalam keadaan laten atau tidak aktif. Namun, pada individu dengan sistem kekebalan tubuh yang menurun, bakteri dapat berkembang menjadi aktif dan menimbulkan gejala klinis tuberkulosis (Kemenkes RI, 2024).

2.1.2 Etiologi

Penyakit tuberkulosis disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang termasuk dalam famili *Mycobacteriaceae* dan bersifat patogen bagi manusia. Bakteri ini memiliki dinding sel yang kaya lipid sehingga bersifat tahan asam. Proses pembelahan selnya berlangsung relatif lambat, yaitu sekitar 12–24 jam. Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* bersifat sensitif terhadap sinar matahari dan sinar ultraviolet, sehingga dapat mengalami kematian dengan cepat apabila terpapar langsung. Selain itu, bakteri ini juga rentan terhadap panas, khususnya panas basah, di mana bakteri dapat mati dalam waktu sekitar 2 menit pada suhu 100°C. Bakteri ini juga dapat dihancurkan oleh bahan kimia seperti alkohol 70% dan lisol 50%. Secara biologis, bakteri ini bersifat aerob, yaitu memerlukan oksigen untuk proses metabolismenya. Oleh

karena itu, bakteri *Mycobacterium tuberculosis* cenderung berkembang pada jaringan yang memiliki kadar oksigen tinggi. Bagian apikal paru-paru memiliki tekanan oksigen yang lebih tinggi dibandingkan bagian lainnya, sehingga menjadi lokasi yang optimal untuk pertumbuhan bakteri tersebut (Efrizon Hariadi et al, 2025).

Tuberkulosis dapat ditularkan ketika penderita tuberkulosis paru dengan hasil BTA positif berbicara, bersin, atau batuk, yang menghasilkan *droplet nuclei* yang mengandung bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Droplet tersebut dapat jatuh ke permukaan seperti lantai, tanah, atau tempat lainnya. Paparan sinar matahari atau suhu lingkungan yang tinggi dapat menyebabkan *droplet* tersebut menguap, sehingga bakteri dapat terlepas ke udara. Proses penyebaran ini juga dipengaruhi oleh aliran udara atau angin yang membantu membawa bakteri *Mycobacterium tuberculosis* menyebar di lingkungan. Apabila bakteri tersebut terhirup oleh individu sehat, maka individu tersebut berisiko terinfeksi tuberkulosis. Penyakit ini paling banyak menyerang kelompok usia produktif, yaitu antara 15 hingga 49 tahun. Namun demikian, penderita tuberkulosis paru dengan BTA positif tetap berpotensi menularkan penyakit kepada semua kelompok usia (Efrizon Hariadi et al, 2025).

2.1.3 Komplikasi TB Paru

Tuberkulosis paru dapat menimbulkan berbagai komplikasi yang dapat mempengaruhi sistem pernapasan maupun sistem tubuh lainnya. Mekanisme terjadinya komplikasi terjadi ketika proses peradangan/inflamasi yang berlangsung kronis menyebabkan kerusakan pada parenkim paru dan hal tersebut memicu pembentukan *fibrosis* (jaringan parut) dan abses pada paru. Kerusakan jaringan yang signifikan mengganggu fungsi paru-paru dan menurunkan kapasitas pertukaran gas pada paru (Lam Murni Br Sagala et al, 2025)

Berikut adalah penjelasan komplikasi Tuberkulosis paru paru:

a. Batuk darah (*hemoptoe*)

Terjadi akibat pecahnya pembuluh darah pada paru akibat proses inflamasi kronis.

b. *Pneumothoraks*

Terjadi kebocoran udara ke dalam rongga pleura. Kondisi ini ditandai dengan sesak nafas berat dan terjadi secara mendadak.

c. *Fibrosis paru*

Proses penyembuhan infeksi menyebabkan adanya jaringan parut atau *fibrosis* pada paru. Jaringan parut yang terbentuk menyebabkan penurunan elastisitas dan fungsi paru sehingga menurunkan kemampuan paru untuk melakukan pertukaran gas

d. Penyebaran ekstrapulmoner

Bakteri Tuberkulosis dapat menyebar melalui aliran darah atau sistem limfatik menuju ke organ tubuh lainnya, hal ini dinamakan tuberkulosis *ekstrapulmoner*, seperti tuberkulosis milier, meningitis tuberkulosis, tuberkulosis tulang dan sendi.

2.1.4 Manifestasi Klinik

Tuberkulosis sering dijuluki "*The Great Imitator*" 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 diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik (Efrizon Hariadi et al, 2025).

Gambaran klinik Tuberkulosis paru dapat dibagi menjadi 3 golongan:

1. Gejala respiratorik meliputi:

a. Batuk.

Gejala batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan.

b. Batuk darah.

Darah yang 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.

c. Sesak Nafas.

Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang pecah. yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax. anemia dan lain-lain.

d. Nyeri dada.

Nyeri dada pada tuberkulosis paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. gejalanya timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

2. Gejala sistemik meliputi:

a. Demam.

Merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.

b. Gejala sistemik lain.

Gejala sistemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise. Timbulnya gejala biasanya dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak napas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia.

3. Gejala klinis Haemoptoe:

Kita harus memastikan bahwa perdarahan dari nasofaring dengan cara memi dakan ciri-ciri sebagai berikut:

a. Batuk darah.

Darah dibatukkan dengan rasa panas di tenggorokan. Darah berbuih bercampur. Darah segar berwarna merah muda. Darah bersifat alkalis. Anemia kadang-kadang terjadi.

b. Muntah darah.

Darah dimuntahkan dengan rasa mual. Darah bercampur sisa makanan. Darah berwarna hitam karena bercampur asam lambung. Darah bersifat asam. Anemia sering terjadi.

c. Epistaksis.

Darah menetes dari hidung. Batuk pelan kadang keluar. Darah berwarna merah segar. Darah bersifat alkalis. Anemia jarang terjadi.

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi Tuberkulosis paru dibuat berdasarkan gejala klinik, bakteriologi, radiologi dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menetapkan strategi terapi. Sesuai dengan program P2TBC Paru (Efrizon Hariadi et al, 2025).

klasifikasi Tuberkulosis paru dibagi sebagai berikut:

1. Tuberkulosis Paru Basil Tahan Asam (BTA) Positif dengan kriteria:
 - a. Dengan atau tanpa gejala klinik
 - b. BTA positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali disokong biakan positif 1 kali atau disokong radiologik
 - c. Positif 1 kali
 - d. Gambaran radiologi sesuai dengan tuberkulosis paru.
2. Tuberkulosis Paru BTA Negatif dengan kriteria:
 - a. Gejala klinik dan gambaran radiologi sesuai dengan tuberkulosis paru Aktif.
 - b. BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologi positif.
3. Bekas tuberkulosis paru dengan kriteria:
 - a. Bakteriologi (mikroskopik dan biakan) negatif
 - b. Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru.
4. Radiologi menunjukkan gambaran lesi tuberkulosis paru inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah. Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung).

2.1.6 Patofisiologi

Seseorang yang menghirup bakteri *Mycobacterium tuberculosis* akan mengalami masuknya bakteri tersebut ke dalam *alveoli* melalui saluran pernapasan. *Alveoli* merupakan tempat utama bakteri berkumpul dan berkembang biak. Selain itu, *Mycobacterium tuberculosis* juga dapat menyebar ke organ tubuh lain seperti ginjal, tulang, korteks serebri (lapisan luar otak), serta bagian paru lainnya terutama lobus atas melalui sistem limfatik dan aliran darah. Sistem imun tubuh akan merespons keberadaan bakteri tersebut dengan memicu reaksi inflamasi. Sel fagosit berperan dalam menelan dan menekan pertumbuhan bakteri, sedangkan limfosit yang spesifik terhadap tuberkulosis akan menghancurkan bakteri sekaligus jaringan yang terinfeksi. Reaksi ini menyebabkan terjadinya penumpukan eksudat di dalam *alveoli* yang dapat berkembang menjadi bronkopneumonia. Infeksi awal umumnya terjadi dalam waktu 2–10 minggu setelah paparan bakteri. Interaksi antara *Mycobacterium tuberculosis* dengan sistem kekebalan tubuh pada fase awal infeksi akan membentuk granuloma, yaitu kumpulan sel imun yang mengelilingi bakteri.

Granuloma terdiri atas kumpulan bakteri hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag. Granuloma ini kemudian berkembang menjadi jaringan fibrosa. Bagian tengah granuloma, yang dikenal sebagai fokus Ghon (Ghon focus), akan mengalami nekrosis kaseosa, yaitu kerusakan jaringan yang menyerupai keju. Selanjutnya, jaringan tersebut dapat mengalami kalsifikasi dan membentuk jaringan kolagen, sehingga bakteri menjadi tidak aktif (dorman). Setelah infeksi awal, seseorang dapat mengalami tuberkulosis aktif apabila terjadi gangguan atau respons imun yang tidak adekuat. Selain itu, penyakit juga dapat menjadi aktif kembali akibat infeksi ulang atau reaktivasi bakteri dormant. Pada kondisi ini, fokus Ghon dapat pecah dan melepaskan bahan nekrotik ke dalam bronkus, sehingga bakteri menyebar melalui saluran pernapasan dan meningkatkan risiko penularan. Lesi tuberkulosis yang mengalami penyembuhan akan membentuk jaringan parut. Paru-paru

yang terinfeksi dapat mengalami pembengkakan dan kerusakan jaringan yang lebih lanjut, sehingga memperberat kondisi bronkopneumonia (Efrizon Hariadi et al, 2025).

2.1.7 Faktor Resiko Tuberculosis Paru

Resiko penyakit tuberkulosis dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya sebagai berikut:

1. Jenis kelamin

penyakit ini lebih banyak menyerang laki-laki daripada wanita, karena sebagian besar laki laki mempunyai kebiasaan merokok.

2. Merokok

Kebiasaan merokok dapat menurunkan daya tahan tubuh, sehingga mudah untuk terserang penyakit terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok dan meminum alkohol.

3. Pekerjaan

pekerjaan dapat menjadi faktor risiko kontak langsung dengan penderita. Risiko penularan tuberkulosis pada suatu pekerjaan adalah seorang tenaga kesehatan yang secara kontak langsung dengan pasien walaupun masih ada beberapa pekerjaan yang dapat menjadi faktor risiko yaitu seorang tenaga pabrik.

4. Status ekonomi

Status ekonomi juga menjadi faktor risiko mengalami penyakit tuberkulosis, masyarakat yang memiliki pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak memenuhi syarat-syarat Kesehatan.

5. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan merupakan salah satu yang mempengaruhi pencahayaan rumah, kelembapan, suhu, kondisi atap, dinding, lantai rumah serta kepadatan hunian. Bakteri M. tuberculosis dapat masuk pada rumah yang memiliki bangunan yang gelap dan tidak ada sinar matahari yang masuk (Efrizon Hariadi et al, 2025)

2.1.8 Proses Penularan

Tuberkulosis merupakan penyakit yang termasuk dalam kategori *airborne disease*, yaitu penyakit yang penularannya terjadi melalui

droplet nuclei yang dilepaskan ke udara oleh individu yang terinfeksi dalam fase aktif. Setiap kali penderita batuk, dapat dihasilkan sekitar 3.000 droplet nuclei yang mengandung bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penularan tuberkulosis umumnya terjadi di dalam ruangan, karena droplet nuclei dapat bertahan di udara dalam waktu yang lebih lama. Paparan sinar matahari langsung dapat dengan cepat membunuh basil tuberkel, sedangkan pada lingkungan yang gelap dan lembap, bakteri tersebut dapat bertahan hidup selama beberapa jam (Efrizon Hariadi et al, 2025).

Keberhasilan penularan tuberkulosis pada individu dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu konsentrasi *droplet nuclei* yang mengandung bakteri di udara serta lamanya waktu individu menghirup udara yang telah terkontaminasi tersebut. Selain itu, daya tahan tubuh individu juga berperan penting dalam menentukan apakah infeksi akan terjadi atau tidak. Meskipun terdapat berbagai jenis basil, *Mycobacterium tuberculosis* merupakan penyebab utama tuberkulosis paru di seluruh dunia (Efrizon Hariadi et al, 2025).

2.1.9 Gejala dan Pengobatan Tuberculosis

Gejala umum tuberkulosis adalah sebagai berikut (Efrizon Hariadi et al, 2025):

1. Berat badan turun selama tiga bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas
2. Demam meriang lebih dari sebulan
3. Batuk lebih dari dua minggu, batuk ini bersifat non remitting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah)
4. Dada terasa nyeri
5. Sesak nafas
6. Nafsu makan tidak ada atau berkurang
7. Mudah lesu atau malaise
8. Berkeringat malam walaupun tanpa aktivitas fisik; serta
9. Dahak bercampur darah.

Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi dua tahap, yaitu fase intensif yang berlangsung selama 2–3 bulan dan fase lanjutan yang berlangsung selama 4 atau 7 bulan. Prinsip utama dalam pengobatan tuberkulosis adalah kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat sesuai dengan jangka waktu yang telah ditentukan oleh dokter. Kepatuhan ini sangat penting untuk mencegah terjadinya resistensi bakteri terhadap obat anti tuberkulosis. Regimen pengobatan tuberkulosis terdiri atas obat utama dan obat tambahan. Obat utama (lini pertama) meliputi isoniazid (INH), rifampisin, pirazinamid, streptomisin, dan etambutol. Sementara itu, obat tambahan yang digunakan antara lain kanamisin, amikasin, dan golongan kuinolon. Kualitas hidup pasien tuberkulosis yang menjalani pengobatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kondisi fisik yang dialami, tekanan emosional, dukungan sosial dari keluarga maupun lingkungan sekitar, serta lingkungan yang mendukung dalam proses menjalani kehidupan sehari-hari.

2.1.10 Upaya Pengendalian

Salah satu upaya untuk mengendalikan tuberkulosis yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan untuk mengevaluasi pengobatan tuberkulosis adalah angka keberhasilan pengobatan (Success Rate). Angka keberhasilan pengobatan merupakan jumlah semua kasus tuberkulosis yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus tuberkulosis yang diobati dan dilaporkan. Dengan demikian angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan semua kasus dan angka pengobatan lengkap semua kasus. Angka ini menggambarkan kualitas pengobatan tuberkulosis. Walaupun angka kesembuhan telah mencapai, hasil pengobatan lainnya tetap perlu diperhatikan antara lain kasus meninggal, gagal, putus berobat (lost to follow up), dan tidak dievaluasi (Efrizon Hariadi et al, 2025).

2.2 Konsep Edukasi kesehatan

2.2.1 Pengertian Edukasi

Edukasi adalah proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan (Okatiranti, 2025).

2.2.2 Tujuan Diberikannya Edukasi Kesehatan

Adapun tujuan dalam pemberian edukasi kesehatan adalah sebagai upaya dalam pemberian informasi tentang kesehatan serta membentuk sikap dan perilaku yang mendukung pola hidup sehat (Okatiranti, 2025). Tujuan pemberian edukasi kesehatan adalah untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai.

Penggolongan detail media pendidikan kesehatan ini dapat di tinjau dari berbagai aspek antara lain:

1. Berdasarkan bentuk umum penggunaannya Berdasarkan penggunaannya media promosi dalam rangka promosi kesehatan dibedakan menjadi:
 - a. Bahan bacaan: modul, buku rujukan/bacaan, folder, leaflet, majalah, bookled, dan sebagainya.
 - b. Bahan peragaan: poster tunggal. Poster seri, flipchart, slide, film dan sebagainya.
2. Berdasarkan cara produksinya (Hilda Harun, 2025)
 - a. Media cetak: leaflet tentang cuci tangan, poster imunisasi, modul gizi, bookled.
 - b. Media audio: podcast kesehatan, siaran radio.
 - c. Media audiovisual: video senam lansia, film edukasi narkoba.
 - d. Media digital: aplikasi mobile kesehatan, e-book, infografis Instagram.
 - e. Media tradisional/interaktif: drama, boneka tangan, lagu daerah bertema kesehatan.

2.3 Konsep perilaku

2.3.1 Definisi perilaku

Perilaku secara umum adalah aktivitas atau respons individu terhadap rangsangan (stimulus) dari dalam diri atau lingkungan yang terlihat melalui tindakan nyata ataupun mental yang mempengaruhi tindakan seseorang dalam kehidupan sehari-hari (Perilaku manusia mencerminkan cara individu merespon stimulus yang ada). Prinsip ini didukung oleh kajian ilmiah perilaku dalam konteks kesehatan yang menunjukkan perilaku merupakan hasil proses interaksi antara individu dan lingkungan dalam merespon kondisi kesehatan yang dihadapi

Perilaku kesehatan (*health behavior*) mencakup semua tindakan yang dilakukan individu untuk mencegah penyakit, memelihara kesehatan, menemukan gejala dini, dan meningkatkan kualitas hidupnya. Ini termasuk perilaku preventif (mis. cuci tangan, olahraga teratur), perilaku promotif (mis. pola makan sehat), perilaku kuratif (mis. mencari pengobatan) dan rehabilitatif (mengikuti saran medis) yang berkaitan dengan menjaga atau memulihkan kesehatan (Setiawan et al., 2025)

2.3.2 Domain perilaku

Perilaku kesehatan dapat dianalisis melalui tiga domain utama:

1. Pengetahuan

pengetahuan dan pemahaman seseorang terhadap informasi yang berhubungan dengan kesehatan, seperti penyebab, pencegahan, gejala penyakit, serta manfaat tindakan kesehatan. Pengetahuan menjadi dasar pembentukan sikap dan perilaku karena individu cenderung membuat keputusan berdasarkan apa yang mereka ketahui. Faktor pengetahuan yang rendah sering dikaitkan dengan perilaku kesehatan yang tidak optimal (*health literacy*) (Khoirunissa et al., 2023)

2. Sikap

Sikap melibatkan nilai, perasaan, dan keyakinan terhadap masalah kesehatan tertentu. Sikap positif terhadap kesehatan, seperti percaya bahwa pemeriksaan dini berguna, akan meningkatkan kemungkinan seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan

(*positive health attitude*). Sebaliknya, sikap negatif atau kurang peduli akan menurunkan kemungkinan mengambil tindakan yang tepat (Khoirunissa et al., 2023)

3. Tindakan

Tindakan nyata yang terjadi setelah individu memiliki pengetahuan dan sikap yang memadai. Ini mencakup perilaku melakukan tindakan kesehatan tertentu seperti mencuci tangan secara rutin, mematuhi protokol kesehatan, atau pemeriksaan kesehatan berkala. Tindakan yang konsisten ini merupakan wujud nyata dari perilaku yang terbentuk berdasarkan pengetahuan dan sikap sebelumnya (Khoirunissa et al., 2023)

2.3.3 Proses Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku bukanlah sesuatu yang terjadi secara tiba-tiba, tetapi melalui tahapan yang saling berurutan dalam suatu proses. Salah satu model yang paling sering digunakan untuk menjelaskan proses perubahan perilaku adalah Transtheoretical Model (TTM) atau *Stages of Change* (Model Tahapan Perubahan) yang dikembangkan oleh Prochaska dan DiClemente. Model ini menyatakan bahwa individu mengalami beberapa tahapan dalam proses perubahan perilaku, yaitu:

1. *Precontemplation* (Belum Berpikir Ubah Perilaku) individu belum menyadari bahwa perilakunya perlu diubah atau belum berniat melakukan perubahan dalam waktu dekat.
2. *Contemplation* (Mempertimbangkan Perubahan) individu mulai menyadari masalah perilaku dan mempertimbangkan kemungkinan untuk berubah.
3. *Preparation* (Persiapan Perubahan) individu mulai mempersiapkan diri dengan merencanakan tindakan perubahan meskipun belum melakukan secara nyata.
4. *Action* (Aksi / Melakukan Perubahan) individu mulai melakukan tindakan nyata untuk berubah misalnya menerapkan perilaku baru.
5. *Maintenance* (Pemeliharaan Perilaku Baru) individu bekerja untuk mempertahankan perilaku baru agar tidak kembali ke perilaku lama.

Model ini sering dipakai untuk memahami perubahan perilaku kesehatan seperti berhenti merokok, pengaturan diet, manajemen penyakit kronis, dan perilaku pencegahan penyakit lainnya. Tahapan ini membantu memetakan strategi intervensi sesuai dengan kesiapan individu dalam berubah (Nahrain Raihan; Mark Cogburn, 2023)

2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dapat dibagi menjadi tiga kategori utama:

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah elemen yang memudahkan atau mempredisposisikan perilaku. Misalnya, orang tua yang membawahkan anaknya untuk memantau pertumbuhan dan memberikan imunisasi sebagai langkah pencegahan penyakit tanpa pengetahuan tersebut, kemungkinan ibu itu tidak akan membawahkan anaknya ke posyandu.

2. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Unsur yang mempermudah perilaku atau tindakan. Ini termasuk sarana dan prasarana yang mendukung terciptanya tindakan perawatan. Keluarga menyadari pentingnya pola hidup yang sehat.

3. Faktor pendukung (*reinforcing factors*)

Faktor penguat merupakan unsur yang mendorong atau memperkuat munculnya suatu perilaku. Seseorang mungkin mengetahui pola hidup sehat hanya tidak bisa melaksanakannya. Misalnya ibu-ibu yang sadar akan pemeriksaan kehamilan atau menetap bersebelahan dengan bidan serta tokoh masyarakat lainnya. Namun, tidak pernah menjalani pemeriksaan tersebut, meskipun anaknya tetap sehat ini menunjukkan bahwa perilaku sehat sering kali memerlukan contoh dari tokoh masyarakat.

2.3.5 Pengukuran perilaku

Pengukuran perilaku dilakukan dengan:

1. Kuesioner/Wawancara – menilai pengetahuan, sikap, dan motivasi.
2. Observasi langsung – menilai praktik nyata perilaku.
3. Skala Likert – mengukur intensitas sikap/perilaku.

Metode pengukuran ini digunakan dalam penelitian untuk menilai efektivitas intervensi serta sejauh mana perubahan perilaku telah terjadi (Khoirunissa et al., 2023)

2.4 Konsep *Self Care* Orem

2.4.1 Teori Defisit Perawatan Diri

Teori Defisit Perawatan Diri Dorothea Orem berfokus pada kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri, yang didefinisikan sebagai praktik aktivitas yang dimulai dan dilakukan individu atas nama mereka sendiri dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan diri (Tri Ismu Pujiyanto & Ali Rifan, 2025).

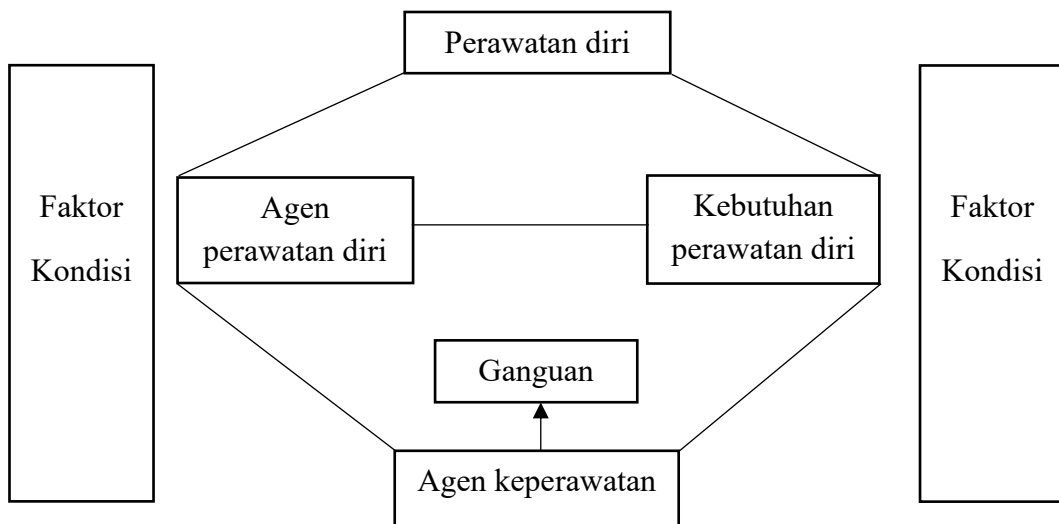
Teori Defisit Perawatan Diri Dorothea Orem berfokus pada Teori Perawatan Diri atau Defisit Perawatan Diri dalam Keperawatan, terdiri dari tiga teori yang saling terkait yakni Teori Perawatan Diri/*Self Care*, Teori Defisit Perawatan Diri/*Self care* defisit dan Teori Sistem Keperawatan/*Nursing system*.

1. Perawatan Diri/*Self Care* Orem

Inti dari teori Orem adalah konsep perawatan diri, yang mengacu pada praktik kegiatan yang dilakukan individu atas nama mereka sendiri untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan mereka. Ini mencakup segala hal mulai dari menjaga kebersihan diri dan mengelola kondisi kronis hingga mencari perhatian medis tepat waktu saat dibutuhkan. Untuk memahami teori *self care* sangat penting terlebih dahulu memahami konsep *self care*, *self care* agency, *basic conditioning factor* dan kebutuhan *self care* terapeutik. *Self care* adalah performance atau praktik kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk perilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika *self care* dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia. *Self care* agency adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan *self care*. Kemampuan individu untuk melakukan *self care* dipengaruhi oleh *basic*

conditioning faktor seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber. Kebutuhan *self care* terapeutik (Therapeutic self acedemand) adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan *self care* dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Orem's Self Care



Sumber: (Tri Ismu Pujiyanto & Ali Rifan, 2025)

Penjelasan: Gambar tersebut menjelaskan bahwa kesehatan seseorang ditentukan oleh keseimbangan antara kemampuan melakukan perawatan diri (agen perawatan diri) dan kebutuhan yang harus dipenuhi (kebutuhan perawatan diri). Jika seseorang mampu memenuhi kebutuhannya sendiri, maka kondisi kesehatannya akan tetap baik. Namun, jika kemampuan tersebut tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan, maka akan terjadi gangguan (self care deficit) yang dapat menimbulkan masalah kesehatan. Dalam kondisi ini, perawat (agen keperawatan) berperan membantu individu melalui edukasi, perawatan, dan dukungan agar kebutuhan tersebut dapat terpenuhi kembali. Seluruh proses ini juga dipengaruhi oleh faktor

kondisi seperti usia, kesehatan, lingkungan, dan sosial ekonomi yang dapat memengaruhi baik kemampuan maupun kebutuhan individu.

Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care* requisite. Orem mengidentifikasikan tiga katagori *self care* requisite yaitu (Tri Ismu Pujiyanto & Ali Rifan, 2025).:

a. Kebutuhan perawatan diri universal (universal *self care* requisite)

Hal yang umum bagi seluruh manusia meliputi pemenuhan kebutuhan yaitu:

- 1) Pemenuhan kebutuhan udara, pemenuhan kebutuhan udara menurut Orem yaitu bernapas tanpa menggunakan peralatan oksigen.
- 2) Pemenuhan kebutuhan air atau minum tanpa adanya gangguan, menurut Orem kebutuhan air sesuai kebutuhan individu masing-masing atau 6-8 gelas air/hari.
- 3) Pemenuhan kebutuhan makanan tanpa gangguan, seperti dapat mengambil makanan atau peralatan makanan tanpa bantuan.
- 4) Pemenuhan kebutuhan eliminasi dan kebersihan permukaan tubuh atau bagian bagian tubuh. Penyediaan perawatan yang terkait dengan proses eliminasi, seperti kemampuan individu dalam eliminasi membutuhkan bantuan atau melakukan secara mandiri seperti BAK dan BAB. Menyediakan peralatan kebersihan diri dan dapat melakukan tanpa gangguan.
- 5) Pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat. Kebutuhan aktivitas untuk menjaga keseimbangan gerakan fisik seperti berolahraga dan menjaga pola tidur atau istirahat, memahami gejala-gejala yang mengganggu intensitas tidur. Menggunakan kemampuan diri sendiri dan nilai serta norma saat istirahat maupun beraktivitas.
- 6) Pemenuhan kebutuhan menyendiri dan interaksi sosial. Menjalin hubungan atau berinteraksi dengan teman sebaya atau saudara serta mampu beradaptasi dengan lingkungan. Mempertahankan fungsi dan struktur tubuh manusia dan mendukung untuk pertumbuhan serta perkembangan manusia.

b. Kebutuhan perkembangan perawatan diri (development *self care* requisite)

Kebutuhan yang dihubungkan pada proses perkembangan dapat dipengaruhi oleh kondisi dan kejadian tertentu sehingga dapat berupa tahapan-tahapan yang berbeda pada setiap individu, seperti perubahan kondisi tubuh dan status sosial. Tahap perkembangan diri sesuai tahap perkembangan yang dapat terjadi pada manusia adalah:

- 1) Penyediaan kondisi-kondisi yang mendukung proses perkembangan. Memfasilitasi individu dalam tahap perkembangan seperti sekolah.
- 2) Keterlibatan dalam pengembangan diri. Mengikuti kegiatan-kegiatan yang mendukung perkembangannya.
- 3) Pencegahan terhadap gangguan yang mengancam. Beberapa hal yang dapat mengganggu kebutuhan perkembangan perawatan diri pada anak menurut Orem yaitu:
 - a) Kurangnya pendidikan anak usia sekolah.
 - b) Masalah adaptasi sosial.
 - c) Kegagalan individu untuk sehat.
 - d) Kehilangan orang-orang terdekat seperti orang tua, saudara dan teman.
 - e) Perubahan mendadak dari tempat tinggal ke lingkungan yang asing.
 - f) Kesehatan yang buruk atau cacat.

c. Kebutuhan perawatan diri pada kondisi adanya penyimpangan kesehatan (health deviation *self care* requisite)

Kebutuhan ini dikaitkan dengan penyimpangan dalam aspek struktur dan fungsi manusia. Seseorang yang sakit, terluka mengalami kondisi patologis tertentu, kecacatan atau ketidakmampuan seseorang atau seseorang yang menjalani pengobatan tetap membutuhkan perawatan diri. Adapun kebutuhan perawatan diri pada kondisi penyimpangan kesehatan atau perubahan kesehatan antara lain:

- 1) Pencarian bantuan kesehatan.
- 2) Kesadaran akan risiko munculnya masalah akibat pengobatan atau perawatan yang dijalani.
- 3) Melakukan diagnostik, terapi, dan rehabilitatif, memahami efek buruk dari perawatan.
- 4) Adanya modifikasi gambaran atau konsep diri.
- 5) Penyesuaian gaya hidup yang dapat mendukung perubahan status kesehatan.

2. Defisit Perawatan Diri/*Self Care* Defisit

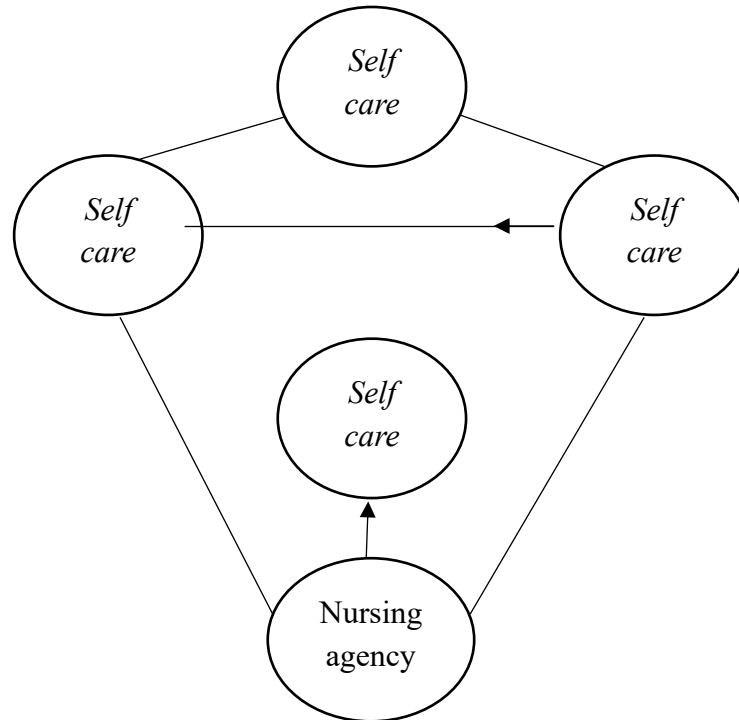
Defisit Perawatan Diri/*Self care* defisit merupakan hal utama dari teori general keperawatan. Setiap orang mungkin menghadapi situasi di mana mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri mereka secara memadai, yang mengakibatkan defisit perawatan diri. Defisit ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti penyakit, cedera, kecacatan, atau kurangnya pengetahuan dan sumber daya. Ketika orang tidak dapat mengatasi kebutuhan perawatan diri mereka secara mandiri, atau adanya ketergantungan mereka membutuhkan dukungan dan bantuan dari orang lain. Keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan *self care* secara efektif.

Menurut Orem, ada lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care* yaitu:

- a. Tindakan untuk atau lakukan untuk orang lain.
- b. Memberikan petunjuk dan pengarahan.
- c. Memberikan dukungan fisik dan psikologis.
- d. Memberikan dan memelihara pengembangan personal. lingkungan
- e. Pendidikan.

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care*.

Gambar 2.2 Hubungan antar Konsep Teori *Self Care Deficit* Orem



Sumber (Tri Ismu Pujiyanto & Ali Rifan, 2025)

Penjelasan: Gambar tersebut menggambarkan hubungan dalam teori Self Care Deficit menurut Orem, yang menunjukkan bahwa perawatan diri (self care) merupakan pusat dari upaya individu untuk menjaga kesehatan. Dalam bagan ini, perawatan diri tidak berdiri sendiri, tetapi dipengaruhi oleh kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri serta kebutuhan yang harus dipenuhi. Kedua komponen ini saling berhubungan dan menentukan apakah seseorang mampu mempertahankan kesehatannya secara mandiri.

Ketika kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri seimbang dengan kebutuhan yang dimilikinya, maka kondisi kesehatan dapat terjaga dengan baik. Namun, jika terjadi ketidakseimbangan antara kemampuan dan kebutuhan tersebut, maka akan muncul kondisi yang disebut sebagai self care deficit atau gangguan perawatan diri. Kondisi ini menunjukkan bahwa individu tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya sendiri sehingga memerlukan bantuan.

Dalam situasi tersebut, peran nursing agency atau tenaga keperawatan menjadi penting untuk membantu individu mengatasi

ketidakseimbangan tersebut. Perawat memberikan intervensi berupa edukasi, dukungan, maupun tindakan keperawatan agar individu dapat meningkatkan kemampuannya dalam melakukan perawatan diri. Dengan demikian, bagan ini menekankan bahwa kesehatan individu merupakan hasil dari hubungan yang saling bergantung antara perawatan diri, kemampuan individu, kebutuhan yang harus dipenuhi, serta peran perawat dalam membantu ketika terjadi gangguan.

3. Sistem Keperawatan (*Nursing System*)

Menurut Dorothea Orem, sistem keperawatan (*Nursing System*) merupakan serangkaian tindakan yang dirancang oleh perawat untuk membantu individu ketika mengalami *self-care deficit*, yaitu kondisi ketika kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri (*self-care agency*) tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya (*therapeutic self-care demand*). (Rahmalia, 2026) menjelaskan bahwa sistem keperawatan bertujuan membantu pasien mencapai tingkat kemandirian yang optimal melalui bantuan yang disesuaikan dengan tingkat kemampuan pasien dalam melakukan *self care*. Semakin besar defisit perawatan diri yang dimiliki pasien, maka semakin besar pula bantuan yang harus diberikan oleh perawat. Sebaliknya, apabila pasien telah mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, maka perawat lebih berperan sebagai pendidik, pembimbing, dan pendukung agar pasien mampu mempertahankan perilaku sehat secara berkelanjutan.

Dorothea Orem membagi *Nursing System* menjadi tiga bentuk, yaitu *Wholly Compensatory System*, *Partly Compensatory System*, dan *Supportive-Educative System*. Ketiga sistem tersebut dipilih berdasarkan tingkat kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri.

a. *Wholly Compensatory System* (Sistem kompensasi penuh)

Menurut Orem, *Wholly Compensatory System* merupakan sistem keperawatan yang diterapkan ketika pasien sama sekali

tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri sehingga seluruh kebutuhan perawatan dipenuhi oleh perawat. (Rahmalia, 2026). menjelaskan bahwa pada sistem ini pasien berada dalam kondisi ketergantungan penuh akibat keterbatasan fisik, mental, maupun kondisi medis yang berat. Oleh karena itu, seluruh tindakan seperti memenuhi kebutuhan dasar, menjaga keselamatan pasien, memberikan terapi, mempertahankan kenyamanan, dan mencegah komplikasi dilakukan oleh perawat. Pasien hanya menerima tindakan keperawatan karena belum mampu berpartisipasi secara aktif dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya.

Dalam konteks pasien tuberkulosis paru, sistem ini diterapkan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran, gagal napas berat, menggunakan ventilator, atau dirawat di ruang intensif sehingga seluruh aktivitas perawatan diri dilakukan oleh tenaga kesehatan. Peran perawat pada kondisi ini berfokus pada pemberian tindakan langsung (*doing for*), perlindungan pasien, pemantauan kondisi klinis, dan pemenuhan seluruh kebutuhan dasar pasien sampai kondisi pasien membaik.

b. *Partly Compensatory System* (Sistem kompensasi sebagian)

Menurut Orem, *Partly Compensatory System* merupakan sistem keperawatan yang diberikan kepada pasien yang masih memiliki kemampuan melakukan sebagian aktivitas perawatan diri, tetapi belum mampu memenuhi seluruh kebutuhan kesehatannya secara mandiri. Pada sistem ini terdapat kerja sama antara pasien dan perawat dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Pasien melakukan aktivitas yang masih mampu dilakukan, sedangkan perawat membantu pada aktivitas yang belum mampu dilakukan serta memberikan arahan agar kemampuan pasien terus meningkat (Abi Muhlisin, 1965).

Pada pasien tuberkulosis paru, sistem ini dapat diterapkan pada pasien yang masih mampu mengonsumsi obat secara

mandiri, memakai masker, dan melakukan aktivitas sehari-hari, tetapi masih memerlukan bantuan dalam memahami jadwal pengobatan, teknik batuk yang benar, menjaga ventilasi rumah, serta menerapkan perilaku pencegahan penularan kepada anggota keluarga. Dengan demikian, perawat tidak menggantikan seluruh aktivitas pasien, melainkan memberikan bantuan sesuai kebutuhan pasien.

c. *Supportive-Educative System* (Sistem dukungan dan edukasi)

Menurut Dorothea Orem, *Supportive-Educative System* merupakan sistem keperawatan yang diberikan kepada pasien yang secara fisik telah mampu melakukan aktivitas perawatan diri, tetapi masih membutuhkan pendidikan kesehatan, bimbingan, motivasi, serta dukungan agar mampu melakukan perawatan diri secara benar dan konsisten. (Rahmalia, 2026). menjelaskan bahwa pada sistem ini perawat tidak menggantikan aktivitas pasien, melainkan berperan sebagai *educator*, *teacher*, *consultant*, *supporter*, dan *facilitator* dalam meningkatkan kemampuan pasien melakukan *self care*.

Peran perawat dalam *Supportive-Educative System* meliputi memberikan pendidikan kesehatan, membantu pasien mengambil keputusan mengenai kesehatannya, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien, memberikan motivasi untuk mempertahankan perilaku sehat, serta melakukan evaluasi terhadap kemampuan pasien dalam menerapkan perawatan diri. Sistem ini bertujuan meningkatkan kemandirian pasien sehingga mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya tanpa bergantung kepada orang lain (Rahmalia, 2026).

2.5 Konsep Keluarga

2.5.1 Definisi Keluarga

Terdapat banyak ahli yang menguraikan definisi keluarga berdasarkan sudut pandang yang berbeda-beda, diantaranya yaitu (Nur Fadhillah & Lilis Yuliarsih, 2024):

a. Menurut Friedman

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga.

b. Menurut Lancaster dan Stanhope

Keluarga adalah dua orang atau lebih individu yang berasal dari kelompok keluarga yang sama atau yang berbeda dan saling mengikutsertakan dalam kehidupan yang terus menerus, biasanya bertempat tinggal dalam satu rumah, mempunyai ikatan emosional dan adanya pembagian tugas antara satu dengan yang lainnya.

c. Menurut Duvall

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan social dari setiap anggota.

d. Menurut Salvicion G. Bailon dan Aracelis Maglaya

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, yang hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lainnya dalam perannya, serta menciptakan dan mempertahankan satu budaya.

e. Menurut Johnson's

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, yang mempunyai ikatan emosional, dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan orang lainnya.

2.5.2 Tipe Keluarga

Perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan. Terdapat beberapa tipe keluarga berdasarkan para ahli. Secara

umum tipe keluarga di bagi menjadi dua yaitu keluarga tradisional dan modern (Non tradisional) (Nur Fadhilah & Lilis Yuliarsih, 2024).

a. Tradisional

Tipe keluarga tradisional memiliki struktur yang utuh dan tetap. Tipe keluarga tradisional merupakan tipe yang paling umum sering ditemukan di negara-negara bagian timur. Ada beberapa tipe keluarga tradisional, yaitu sebagai berikut:

1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Keluarga inti terbentuk karena pernikahan atau kelahiran, dan dari sebab biologis maupun adopsi.

2) Keluarga Tanpa Anak (*Dyad Family*)

Keluarga terdiri dari suami dan istri tanpa anak yang hidup bersama dalam satu rumah, baik pasangan yang baru menikah yang sepakat untuk menunda memiliki anak maupun yang sudah lama menikah dan tidak memiliki anak.

3) *The Childless Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena wanita mengejar karier atau pendidikan

4) Keluarga Adopsi

Keluarga yang mendapatkan anak secara sah dan mengambil tanggung jawab dari orangtua kandung.

5) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Keluarga yang terdiri dari anggota keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) disertai paman, tante, orang tua keponakan, dan lain-lain. Keluarga besar ini merupakan gabungan dari beberapa generasi yang hidup bersama dalam satu rumah.

6) Keluarga Orang Tua Tunggal (*Single-Parent Family*)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua yaitu ayah atau ibu (tidak memiliki pasangan) dengan anak, baik anak kandung

maupun anak angkat, biasanya terjadi melalui proses perceraian, kematian, atau karena ditinggalkan.

7) *Commuter Family*

Suami istri yang bekerja berjauhan atau tinggal terpisah di kota yang berbeda, tetapi dapat berkumpul dengan anggota keluarga pada waktu-waktu tertentu.

8) *Multigenerational Family*

Keluarga yang terdiri dari beberapa generasi atau tingkatan umur yang tinggal dalam satu rumah.

9) *Kin-Network Family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama

10) Keluarga Campuran (*Blended Family*)

Duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dan perkawinan sebelumnya.

11) Dewasa Lajang yang Tinggal Sendiri (*Single Adult*)

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri tanpa pasangan karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati.

12) Keluarga Binuklir

Keluarga atau suami istri yang bercerai dan anak menjadi bagian anggota keluarga dari dua rumah tangga inti ibu dan ayah yang berpisah.

b. Non Tradisional

Bentuk keluarga non tradisional atau keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial yang terbentuk secara legal maupun tidak legal. Faktor yang mempengaruhi terbentuknya keluarga modern ini diantaranya yaitu karena adanya kebutuhan berbagi, berinteraksi dan hubungan relasi sosial, serta adanya

kesepakatan. Bentuk keluarga modern atau non tradisional yang paling umum saat ini adalah:

1) *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terbentuk tanpa adanya pernikahan, yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) *Reconstituted Nuclear*

Keluarga yang terbentuk karena pernikahan kembali setelah berpisah dan hidup bersama anak hasil pernikahan yang lama maupun pernikahan yang baru.

3) *The Step Parent Family*

Keluarga dengan anak yang diadopsi oleh pasangan suami dan istri baik yang sudah memiliki anak maupun belum.

4) *Commune Family*

Keluarga yang terdiri dari beberapa pasangan suami istri yang tidak memiliki hubungan darah, dan tinggal satu atap bersama anak-anaknya. Keluarga terbentuk karena kesepakatan bersama untuk hidup satu atap dan hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok dan membesarkan anak bersama.

5) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family* (Keluarga Heteroseksual)

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan dalam waktu singkat tanpa melalui pernikahan.

6) *Gay and Lesbian Families*

Seseorang yang mempunyai jenis kelamin yang sama yang hidup bersama sebagaimana suami dan istri.

7) *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu, misalnya diperantauan karena berasal dari daerah yang sama.

8) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa yang tinggal bersama dan merasa sudah menikah, menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, berbagi sesuatu termasuk seksual, dan membesarkan anaknya bersama.

9) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

10) *Foster Family*

Keluarga yang menerima anak karena kehilangan orang tua atau orang tua yang sengaja menitipkan anaknya dalam waktu sementara hingga anak tersebut kembali kepada keluarga aslinya.

11) *Institusioal*

Anak atau orang dewasa yang tinggal bersama di sebuah panti atau dinas sosial karena kehilangan keluarga atau sengaja dititipkan oleh keluarga.

12) *Homeless Family*

Keluarga yang tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental

13) *Gang Family*

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.

2.5.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga menurut (Nur Fadhillah & Lilis Yuliarsih, 2024) bahwa struktur keluarga terbagi menjadi empat bagian yaitu:

a. Pola komunikasi keluarga

Komunikasi dalam keluarga merupakan proses penyampaian pesan secara jelas dan berkualitas serta meminta dan menerima

umpan balik. Komunikasi dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, ada hirarki kekuatan, dan dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya berita negatif, tidak berfokus pada satu hal. Komunikasi menjadi hal yang sangat penting dalam sebuah hubungan, komunikasi yang dibangun akan menentukan kedekatan antara anggota keluarga dan bisa menjadi salah satu tolak ukur kebahagiaan sebuah keluarga. Bagi keluarga dengan pola komunikasi yang tidak berfungsi dapat menimbulkan berbagai persoalan, terutama beban psikologis bagi anggota keluarga.

Karakteristik pola komunikasi yang tertutup dan tidak berfungsi yaitu:

- 1) Fokus pembicaraan hanya pada satu orang, misalnya hanya pada penentu keputusan.
- 2) Tidak ada diskusi dalam keluarga, anggota keluarga harus menyetujui dan masing-masing anggota keluarga tidak dapat menyampaikan pendapatnya.
- 3) Hilangnya empati dalam keluarga.

Pola interaksi yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik:

- 1) Terbuka, jujur, berpikiran positif, dan selalu berupaya menyelesaikan konflik keluarga.
- 2) Komunikasi yang berkualitas antara pembicara dan pendengar, hal ini biasa disebut dengan stimulus-respons yang berbeda dengan komunikasi berpola interaksional. Di dalam pola komunikasi interaksional, kedua belah pihak yang terlibat komunikasi sama-sama aktif dan kreatif dalam menciptakan ide atau gagasan yang disampaikan, sehingga menjadi lebih dinamis dan komunikatif.

b. Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi atau kedudukannya dalam keluarga, misalnya ayah sebagai kepala rumah tangga dan ibu perannya merawat anak.

Struktur peran dapat bersifat formal atau informal, misalnya seorang istri diperbolehkan bekerja di luar rumah, maka istri telah menjalankan peran informal, begitu pun sebaliknya jika suami ikut membantu pekerjaan rumah tangga maka suami telah melaksanakan peran informalnya. Standar peran formal dalam keluarga meliputi: pencari nafkah, ibu rumah tangga, merawat anak, mengelola keuangan, rekreasi, terapeutik, reproduksi atau seksual. Peran informal bersifat implisist atau tidak tampak berkaitan dengan kebutuhan emosional seperti membina keharmonisan, motivasi, inisiasi dan lain sebagainya.

c. Struktur kekuatan dan struktur nilai

Struktur kekuatan adalah kemampuan individu untuk mengontrol mempengaruhi atau mengubah perilaku orang lain, meliputi hak (Legitimate power), ditiru (Referent power), keahlian (Expert power), hadiah (Reward power), paksaan (Coercive power), dan efektif power. Struktur kekuatan keluarga menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga. Kekuasaan ini terdapat pada individu di dalam keluarga untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah positif, baik dari sisi perilaku maupun kesehatan. Ketika seseorang memiliki kekuatan, maka ia sesungguhnya mampu mengendalikan sebuah interaksi.

d. Nilai-nilai atau norma

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan atau keyakinan yang dapat menjadi pedoman bagi perkembangan norma dan aturan dan dapat mempersatukan keluarga dalam suatu budaya. Norma adalah pola perilaku yang baik menurut masyarakat yang dapat diterima pada lingkungan sosial berdasarkan system nilai yang berlaku. Nilai-nilai dianut bersama dalam masyarakat meski tidak tertulis Nilai-nilai dalam keluarga tidak hanya dibentuk oleh keluarga itu sendiri melainkan juga merupakan warisan dari keluarga dari

pihak suami atau istri dan garis keturunan sebelumnya dan terus berkembang.

e. Struktur keluarga berdasarkan dimensi budaya:

1) Berdasarkan dominasi jalur hubungan darah:

a) *Patrilineal*

Struktur keluarga yang dibangun melalui hubungan sedarah pada jalur garis ayah. Suku-suku di Indonesia rata-rata menggunakan struktur keluarga patrilineal

b) *Matrilineal*

Keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis ibu. Suku Padang merupakan salah satu suku yang menggunakan struktur keluarga matrilineal

2) Berdasarkan keberadaan tempat tinggal

a) *Patrilokal*

Struktur keluarga yang dibangun berdasarkan keberadaan tempat tinggal keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak suami.

b) *Matrilokal*

Struktur keluarga yang dibangun berdasarkan keberadaan tempat tinggal keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak istri

3) Berdasarkan dominasi pengambilan Keputusan

a) *Patriakal*

Struktur keluarga yang dibangun berdasarkan pengambilan keputusan dalam keluarga dengan dominasi pengambil keputusan berada pada pihak suami.

b) *Matriakal*

Struktur keluarga yang dibangun berdasarkan pengambilan keputusan dalam keluarga dengan dominasi pengambil keputusan berada pada pihak istri.

2.5.4 Fungsi dan Peran Keluarga

Fungsi dan peran keluarga merupakan hal penting yang harus dijalankan dan dipatuhi oleh setiap anggotanya. Jika salah satu anggota keluarga terkendala, dalam melaksanakan peran dan fungsinya maka tujuan keluarga akan terhambat. Aspek fungsional keluarga merupakan pembentuk ikatan keluarga yang intim, interaktif dan saling ketergantungan yang memiliki nilai-nilai, tujuan, sumber tanggung jawab, dan keputusan sepanjang waktu (Nur Fadhillah & Lilis Yuliarsih, 2024).

Menurut (Nur Fadhillah & Lilis Yuliarsih, 2024) fungsi pokok keluarga dikelompokkan dalam lima poin yaitu fungsi reproduktif, sosialisasi, afektif, ekonomi, dan perawatan kesehatan.

a. Fungsi reproduktif

Fungsi reproduksi berkaitan dengan hubungan suami istri dan pola reproduksi memiliki keturunan untuk mempertahankan generasi penerus keluarga, budaya dan menjaga kelangsungan sebuah keluarga.

b. Fungsi sosial

Fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial, menanamkan nilai-nilai, norma, sikap dan perilaku dalam berhubungan dengan orang lain.

c. Fungsi afektif

Keluarga berfungsi memberikan kasih sayang, perhatian, rasa nyaman, membantu anggota keluarga untuk belajar saling menghormati dan menggunakan coping pada saat menghadapi konflik atau stress. Fungsi ini dapat membentuk karakteristik atau identitas keluarga, dan membentuk perkembangan psikologis anggota keluarga. Maka komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi afektif yaitu saling mendukung, menghormati, saling asuh, menciptakan kehangatan dan menjalin hubungan yang dekat antara anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian, rumah tempat tinggal. Kemampuan keluarga untuk memperoleh penghasilan yang baik dan mengelola dengan bijak merupakan faktor penting untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi. Penghasilan keluarga diperoleh dari ayah, ibu atau anak yang bekerja.

e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan

Keluarga merupakan unit utama dalam menciptakan perilaku sehat dan melakukan pemeliharaan serta perawatan kesehatan bagi anggota keluarga, fungsi perawatan kesehatan dalam keluarga bersifat preventif dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Terdapat lima tugas Kesehatan keluarga yang saling berkaitan dan perlu dilakukan pengkajian oleh perawat untuk mengetahui sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut sehingga perawat dapat memberikan pembinaan terhadap keluarga.

Keluarga harus mampu melakukan tugas kesehatan sebagai berikut:

1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan utama, oleh karena itu Keluarga harus mampu mengetahui keadaan kesehatan dan menyadari perubahan yang dialami anggota keluarga.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Sebagai bentuk upaya keluarga dalam mencari tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dirasakan berupa perubahan kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga. Keluarga diharapkan mampu menentukan tindakan kesehatan yang tepat sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi oleh keluarga.

3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Pada saat anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan maka keluarga harus segera memberikan perawatan atau

melakukan tindakan untuk mengatasi gangguan atau masalah kesehatan yang terjadi agar tidak terjadi dampak lebih lanjut dari masalah yang terjadi. Jika masalah kesehatan yang terjadi masih dalam tahap ringan, keluarga dapat memberikan tindakan pertolongan pertama di rumah, dan jika keluarga merasa tidak mampu mengatasi masalah di rumah maka perawatan dapat dilakukan di tempat pelayanan Kesehatan.

4) Menciptakan lingkungan rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat tinggal anggota keluarga, harus dapat menunjang kesehatan keluarga dengan keadaan yang bersih, pencahayaan sinar matahari dan udara yang cukup baik, tenang dan nyaman terbebas dari faktor-faktor yang dapat menimbulkan penyakit baik fisik maupun psikologis.

5) Memanfaatkan pelayanan Kesehatan

Ketika anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, keluarga dapat berkonsultasi dan meminta pertolongan dengan tenaga Kesehatan serta dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada disekitarnya sehingga keluarga dapat mengatasi masalah kesehatan yang terjadi.

Beberapa fungsi keluarga, disesuaikan dengan kondisi dan situasi yang dihadapi masyarakat Indonesia, yaitu fungsi pendidikan, fungsi budaya, fungsi agama, fungsi cinta kasih, fungsi perlindungan, dan fungsi pelestarian lingkungan,

1) Fungsi Pendidikan

Keluarga memiliki kewajiban mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Maka sejak dini, anak sudah harus dikenalkan dengan berbagai pendidikan positif demi membentuk perilaku dan karakter. Dalam hal ini, pendidikan keluarga harus didukung dengan memberikan pengalaman. Dengan demikian, anak akan memiliki pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai bakat dan minat yang dimilikinya.

2) Fungsi budaya

Setiap wilayah, memiliki tradisi atau budaya yang dipegang oleh masyarakatnya. Maka tugas keluarga adalah memberikan pemahaman kepada anggota keluarga, untuk dapat memahami budaya di sekitarnya. Selain memberikan pemahaman, keluarga juga bertugas untuk menyaring budaya baru atau luar yang masuk. Oleh sebab itu, keluarga harus dapat menjelaskan dan mendiskusikan kepada anggota keluarga, terutama anak, supaya tidak terjerumus pada budaya yang tidak baik atau tidak diinginkan.

3) Fungsi agama

Masyarakat kita, dilihat dari dasar negara, adalah masyarakat yang memegang teguh ajaran-ajaran agama. Oleh sebab itu, keluarga memiliki fungsi untuk memberikan pemahaman kepada anak-anak mereka mengenai nilai-nilai agama yang dianutnya. Tidak hanya sebatas pemahaman konsep keagamaan, melainkan juga harus memberikan praktik secara langsung, yang dapat diteladani oleh anak.

4) Fungsi cinta kasih

Keluarga berfungsi untuk memberikan pembelajaran kepada anggota keluarganya akan arti cinta kasih. Terutama adalah orangtua yang harus memberikan contoh bagaimana sikap saling menyayangi, menghargai, mengasihi, dan mencintai sehingga tumbuh perasaan nyaman berada di rumah. Penerapan fungsi ini juga penting sebagai bekal mengasah perasaan cinta kasih anggota keluarga di luar rumah.

5) Fungsi perlindungan

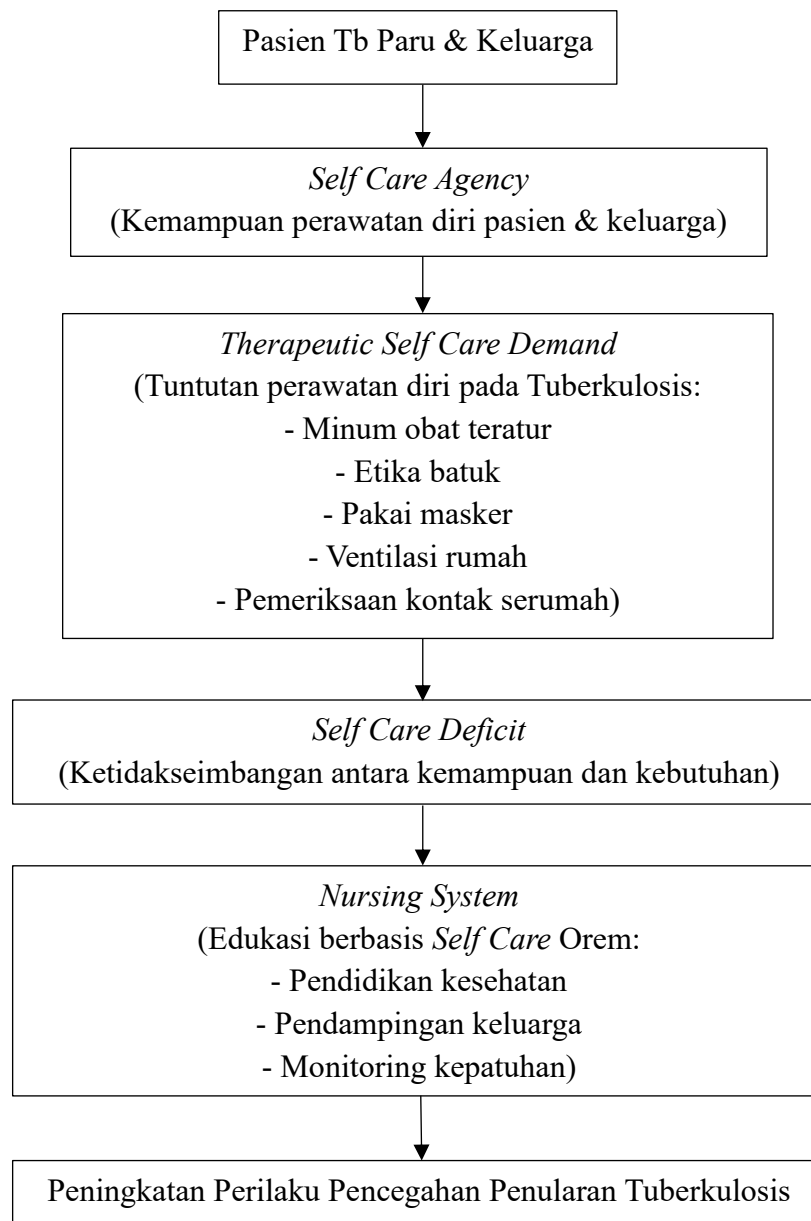
Fungsi ini menegaskan bahwa keluarga merupakan tempat berlindung, yang dapat memberikan rasa aman, dan keluarga bisa hidup nyaman, baik di dalam maupun di luar rumah, baik fisik maupun psikis.

6) Fungsi pelestarian lingkungan

Fungsi keluarga dalam melestarikan lingkungan adalah membangun kesadaran, sikap dan perilaku anggota keluarga untuk menjaga kelestarian lingkungan dan menciptakan lingkungan yang aman, nyaman dan dapat menunjang kesehatan.

2.5 Kerangka Teori

Gambar 2.5 Kerangka Teori

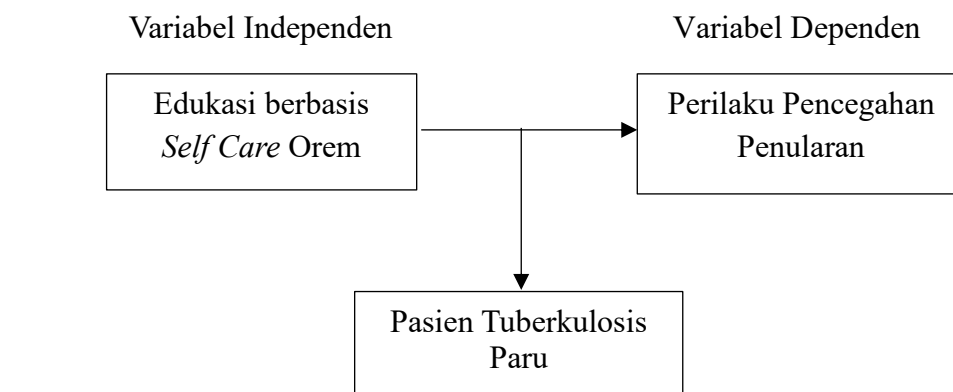


Sumber: (Alligood, 2022)

Penjelasan: Menurut teori Self Care dari Dorothea Orem, setiap individu dan keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan diri (self-care agency). Pada pasien TB paru, terdapat tuntutan perawatan diri (therapeutic self-care demand) seperti kepatuhan minum obat, etika batuk, penggunaan masker, dan pemeriksaan kontak serumah. Jika kemampuan pasien dan keluarga tidak mampu memenuhi tuntutan tersebut, maka terjadi self-care deficit. Dalam kondisi ini, perawat berperan melalui nursing system berupa edukasi dan pendampingan untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri, sehingga perilaku pencegahan penularan TB dapat meningkat.

2.6 Kerangka Konsep

Gambar 2.6 Kerangka Konsep



Keterangan :

: Diteliti

—————→ : Alur berpikir

2.7 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep yang telah dibuat, hipotesis dari penelitian ini yaitu:

H0: Tidak ada pengaruh Edukasi *Self Care* orem Terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Pasien Tuberculosis Paru Pada Keluarga

H1: Ada pengaruh Edukasi *Self Care* orem Terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Pasien Tuberculosis Paru Pada Keluarga