

BAB 2

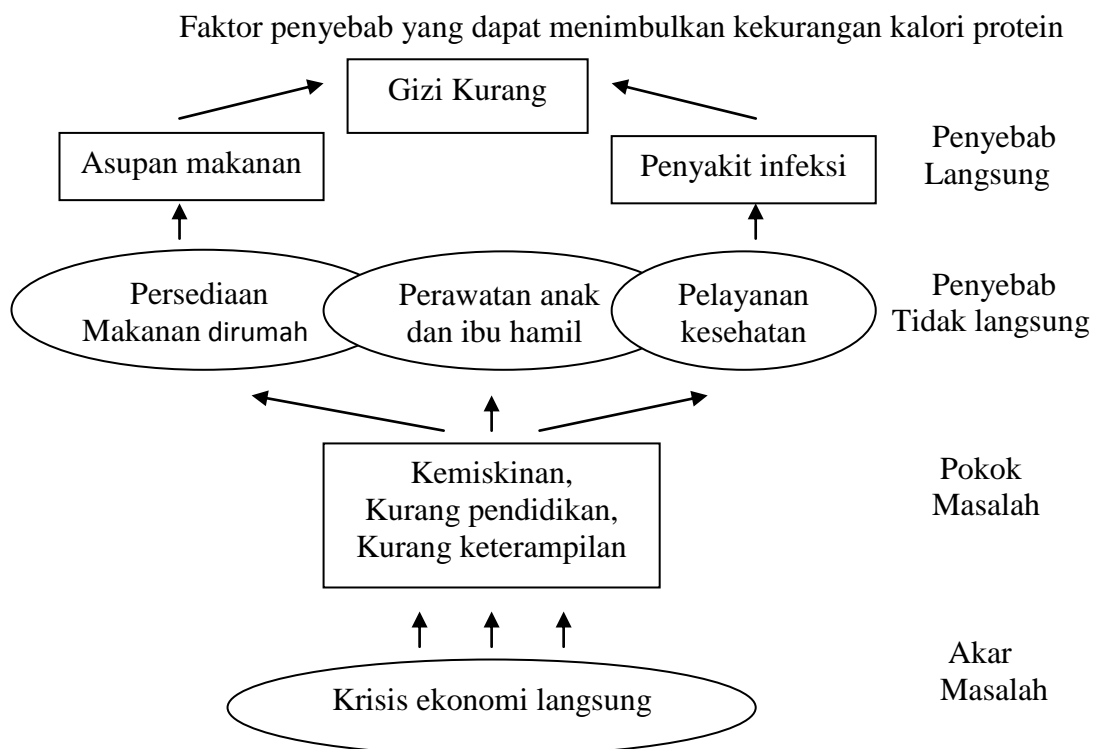
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian KKP

Kurang kalori protein adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari – hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi (AKG) (Persagi, 2009). Kekurangan gizi saat pertumbuhan berat badan dan tinggi badan seorang anak tidak seimbang, kondisi kekurangan gizi yang terjadi dalam kurun waktu yang lama akan menyebabkan gizi buruk yang sering disebut dengan istilah kekurangan kalori protein (Utami, 2007).

2.1.2 Etiologi



Gambar 2.1 Penyebab gizi kurang (Supariasa 2002).

2.1.3 Patofisiologi

Proses terjadi KKP akibat dari faktor lingkungan dan faktor manusia (*host*) yang didukung oleh kekurangan asupan zat-zat gizi. Akibat kekurangan zat gizi, maka simpanan zat gizi pada tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan. Apabila keadaan ini berlangsung lama, maka simpanan zat gizi akan habis dan akhirnya terjadi kemerosotan jaringan. Pada saat ini orang sudah dapat dikatakan malnutrisi, walaupun baru hanya ditandai dengan penurunan berat badan dan pertumbuhan terhambat.

Meningkatnya defisiensi zat gizi, maka muncul perubahan biokimia dan rendahnya zat-zat gizi dalam darah, berupa : rendahnya tingkat hemoglobin, serum vitamin A dan karoten. Dapat pula terjadi meningkatnya beberapa hasil metabolisme seperti asam laktat dan piruvat pada kekurangan tiamin.

Apabila keadaan itu berlangsung lama, maka akan terjadi perubahan fungsi tubuh seperti tanda-tanda syaraf yaitu kelemahan, pusing, kelelahan, nafas pendek dan lain-lain. Kebanyakan penderita malnutrisi sampai tahap ini.

Keadaan ini akan berkembang yang diikuti oleh tanda-tanda klasik dari kekurangan gizi seperti kebutaan dan fotofobia, nyeri lidah pada penderita kekurangan riboflavin, kaku pada kaki pada defisiensi tiamin. Keadaan ini akan segera diikuti luka pada anatomi seperti xeroftalmia dan keratomalasia pada kekurangan vitamin A, angular stomatitis pada kekurangan riboflavin, edema, dan luka kulit pada penderita kwashiorkor (Supariasa, 2002).

2.1.4 Klasifikasi KKP

Klasifikasi dan istilah yang digunakan sesuai dengan hasil lokakarya

antropometri gizi (WHO-NCHS yang di kutip oleh Arief Mansjoer,2000).

1. KKP ringan

Bila berat badan menurut umur (BB/U) = 80-70% buku median WHO-NCHS dan atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) = 90-80% buku median WHO-NCHS.

2. KKP sedang

Bila berat badan menurut umur (BB/U) = 70-60% buku median WHO-NCHS dan atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) = 70-60% buku median WHO-NCHS.

3. KKP berat

Bila berat badan menurut umur (BB/U) = <60% buku median WHO-NCHS dan atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) = <60% buku median WHO-NCHS. KKP berat di bagi menjadi tiga yaitu :

3.1 Marasmus

Marasmus adalah kekurangan energi pada makanan yang menyebabkan cadangan protein tubuh terpakai sehingga anak kurus dan keriput.

3.2 Kwashiokor

Kwashiokor adalah penyebab utama dari kekurangan makanan yang mengandung protein hewani, penyakit ini biasanya di derita oleh sosial ekonomi rendah.

3.3 Marasmus-kwashiokor

Etiologi, tanda dan gejalanya merupakan gabungan dari marasmus dan kwashiokor.

2.1.5 Manifestasi klinis

KKP berat secara klinis terdapat 3 tipe yaitu kwashiorkor, marasmus, dan marasmus-kwashiorkor. KKP ringan atau sedang disertai edema yang bukan karena penyakit lain disebut KKP berat tipe kwashiorkor (Arief Mansjoer,2000).

2.1.5.1 KKP ringan dan sedang

Sering ditemukan gangguan pertumbuhan :

1. Anak tampak kurus
2. Pertumbuhan linier berkurang atau berhenti
3. Berat badan tidak bertambah, adakalanya bahkan turun
4. Ukuran lingkaran lengan atas kecil dari normal
5. Maturasi tulang terhambat
6. Rasio berat badan terhadap tinggi badan normal/menurun
7. Aktivitas dan perhatian berkurang jika dibanding anak-anak sehat

2.1.5.2 KKP berat kwashiorkor

1. Edema, umumnya seluruh tubuh terutama ada kaki (dorsum pedis).
2. Wajah membulat dan sembab.
3. Pandangan mata sayu.
4. Rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit.
5. Perubahan status mental: cengeng, rewel, kadang apatis.
6. Pembesaran hati.
7. Otot mengecil (hipertropi), lebih nyata di periksa pada posisi

berdiri atau duduk.

8. Kelainan kulit atau bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman terkupas (crazy pavement dermatosis).
9. Sering di sertai: infeksi, anemia, diare

2.1.5.3 KKP berat marasmus

1. Tampak sangat kurus, hingga tulang terbungkus kulit.
2. Wajah seperti orang tua.
3. Cengeng, rewel.
4. Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada.
5. Perut cekung.
6. Sering di sertai: penyakit kronik, diare kronik.

2.1.5.4 KKP berat marasmus-kwasiokor

Gambaran klinik merupakan campuran dari beberapa gejala klinik kwasiokor-marasmus, dengan BB/U <60% BAKU MEDIAN WHO-NCSH disertai edema yang tidak mencolok.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

2.1.6.1 Pemeriksaan Fisik

1. Mengukur TB dan BB.
2. Menghitung indeks massa tubuh, yaitu BB (dalam kilogram) dibagi dengan TB (dalam meter).
3. Mengukur ketebalan lipatan kulit dilengan atas sebelah belakang (lipatan trisep) ditarik menjauhi lengan, sehingga

lapisan lemak dibawah kulitnya dapat diukur, biasanya dengan menggunakan jangka lengkung (kaliper). Lemak dibawah kulit banyaknya adalah 50% dari lemak tubuh. Lipatan lemak normal sekitar 1,25 cm pada laki-laki dan sekitar 2,5 cm pada wanita.

4. Status gizi juga dapat diperoleh dengan mengukur LLA untuk memperkirakan jumlah otot rangka dalam tubuh (lean body massa, massa tubuh yang tidak berlemak).

2.1.6.2 Pemeriksaan laboratorium : albumin, kreatinin, nitrogen, elektrolit, Hb, Ht, transferin.

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Atasi/cegah hipoglikemia

Periksa kadar gula darah bila ada hipotermia (suhu aksila $<35^{\circ}\text{C}$). Pemberian makanan yang lebih sering penting untuk mencegah kondisi tersebut.

2. Atasi/cegah hipotermia

Bila suhu rektal $<35^{\circ}\text{C}$: segera beri makanan cair/formula khusus (mulai dengan rehidrasi bila perlu), hangatkan anak dengan pakaian atau selimut letakkan dekat lampu atau pemanas atau peluk anak di dada ibu.

3. Atasi/cegah dehidrasi

Anggap semua anak KKP berat dengan diare encer mengalami dehidrasi sehingga harus diberi :cairan resomal/larutan garam khusus sebanyak 5ml/KgBB setiap 30 menit selama 2 jam secara

oral.

4. Koreksi defisiensi nutrisi mikro

Berikan setiap hari :

1. Tambahan multivitamin
2. Asam folat 1mg/hari (5mg hari pertama)
3. Seng (Zn) 2mg/KgBB/hari
4. Tembaga (Cu) 0,2 mg/kgBB/hari
5. Vitamin A oral pada hari 1, 2 dan 14:

Umur >1 tahun : 200.000SI

Umur 6-12 bulan : 100.000 SI

Umur 0-5 bulan : 50.000 SI

5. Mulai pemberian makan

Prinsip pemberian nutrisi yaitu :

1. Porsi kecil, sering, rendah serat dan rendah laktosa.
2. Energi : 100kkal/kgBB/hari
3. Protein : 1-1,5 g/kgBB/hari
4. Cairan 130ml/kgBB/hari
5. Teruskan bila anak mendapat ASI

6. Sediakan stimulasi sensorik dan dukungan emosi/mental

Pada KKP berat terjadi keterlambatan perkembangan mental dan perilaku, karenanya berikan kasih sayang, lingkungan yang ceria, terapi bermain, keterlibatan ibu.

7. Berikan follow up setelah sembuh

Bila berat anak sudah mencapai 80% dapat dikatakan anak

sembuh, pola makan yang baik dan stimulasi harus di lanjutkan dan tunjukan kepada orang tua cara pemberian makan yang sering dan kandungan dan nutrien yang padat, terapi bermain terstruktur (Arief Mansjoer,2000).

2.1.8 Pencegahan

Tindakan pencegahan terhadap kekurangan kalori protein dapat dilakukan dengan baik bila penyebabnya diketahui. Usaha-usaha tersebut memerlukan sarana dan prasarana yang baik untuk pelayanan kesehatan dan penyuluhan gizi

1. Pemberian ASI sampai umur dua tahun merupakan sumber energi yang paling baik untuk bayi.
2. Ditambah dengan pemberian makanan tambahan yang bergizi pada umur enam bulan ke atas.
3. Pemberian imunisasi.
4. Penyuluhan/pendidikan gizi tentang pemberian makanan yang adekuat, merupakan upaya pencegahan jangka panjang.
5. Pemantauan (*surveillance*) yang teratur pada anak balita di daerah yang endemis kurang gizi, dengan cara penimbangan berat badan tiap bulan (Arief Mansjoer, 2000).

2.1.9 Definisi Keluarga

Menurut Spradley dan Allender (1996) yang di kutip oleh Sulisty (2012), keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas.

Menurut WHO (1969) yang dikutip oleh Setiadi (2008), keluarga adalah kumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988 yang di kutip oleh Padila, 2012).

2.1.10 Tujuan dasar keluarga

Tujuan dasar pembentukan keluarga adalah:

1. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu.
2. Keluarga sebagai pelantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat.
3. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksual.
4. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri dan harga diri (Sulistyo, 2012).

2.1.11 Tipe keluarga

Menurut Sulistyo (2012) akan di jelaskan beberapa bentuk keluarga, keluarga di golongan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional dan non tradisional, berikut akan dijelaskan beberapa bentuk keluarga antara lain :

1. Keluarga tradisional
 - 1.1 *Tradisional nuclear*/keluarga inti

Adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak, tinggal dalam satu rumah, di mana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.

1.2 Keluarga pasangan suami istri bekerja

Adalah keluarga di mana pasangan suami istri keduanya bekerja di luar rumah. Pengambilan keputusan dan pembagian fungsi keluarga ditetapkan secara bersama-sama oleh kedua orang tua.

1.3 *Dyadic nuclear*/keluarga tanpa anak

Adalah keluarga di mana suami istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak di akibatkan karena ketidakmampuan pasangan untuk menghasilkan keturunan akibat kesibukan dari kariernya.

1.4 *Commuter family*

Adalah keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan pada kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.

1.5 *Reconstituted nuclear*

Adalah pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami istri, tinggal satu rumah, bentuk keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan tinggal bersama ayah tiri.

1.6 *Extended family*/keluarga besar

Adalah satu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lain-lain.

1.7 *Single parent*/keluarga dengan orang tua tunggal

Adalah bentuk keluarga yang di dalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Bentuk keluarga ini di mana kepala keluarga janda karena cerai atau di tinggal mati suaminya.

2. Keluarga non tradisional

2.1 *Communal/commune family*

Adalah keluarga di mana satu keluarga terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas.

2.2 *Unmarried parent and child*

Adalah keluarga yang terdiri dari ibu- anak, tidak ada perkawinan dan anaknya dari hasil adopsi.

2.3 *Cohibing couple*

Merupakan keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

2.4 *Institusional*

Adalah keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti.

2.1.12 Keperawatan kesehatan keluarga

Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai sarana penyalur (Sulistyo, 2012).

2.1.13 Keluarga sebagai unit keperawatan

Alasan keluarga sebagai unit pelayanan (Setiadi,2008) adalah sebagai berikut :

1. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.
2. Keluarga sebagai suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah–masalah dalam kelompoknya.
3. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan dan apabila salah satu anggota keluarganya mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain.
4. Dalam memelihara kesehatan, anggota keluarga sebagai individu (pasien) keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggota keluarganya.
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah dalam upaya kesehatan masyarakat.

2.1.14 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu di pahami dan dilakukan. Freeman membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera di catat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat di kurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan sebaiknya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepeleyanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada) (Setiadi, 2008).

2.1.15 Peran perawat dalam keperawatan keluarga

Dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, ada beberapa peranan yang dapat di lakukan oleh perawat antara lain adalah :

1. Memberikan asuhan keperawatan pada anggota keluarga yang sakit.
2. Mengenalkan masalah dan kebutuhan kesehatan keluarga

Dalam hal ini perawat membantu keluarga dalam mengenal penyimpangan dari keadaan-keadaan normal tentang kesehatan dan membantu keluarga dalam melihat masalah secara objektif akan keuntungan dan kerugian yang di timbulkan dari masalah tersebut.

3. Koordinator pelayanan kesehatan dan keperawatan kesehatan keluarga

Yaitu berperan dalam mengkoordinir pelayanan kesehatan keluarga baik secara individu maupun berkelompok.

4. Fasilitator

Yaitu menjadikan pelayanan kesehatan mudah dijangkau dan perawat dengan mudah dapat menampung permasalahan yang dihadapi keluarga dan mampu membantu mencari jalan pemecahannya.

5. Pendidik kesehatan

Perawat dapat berperan sebagai pendidik untuk mengubah perilaku keluarga yang tidak sehat menjadi lebih sehat.

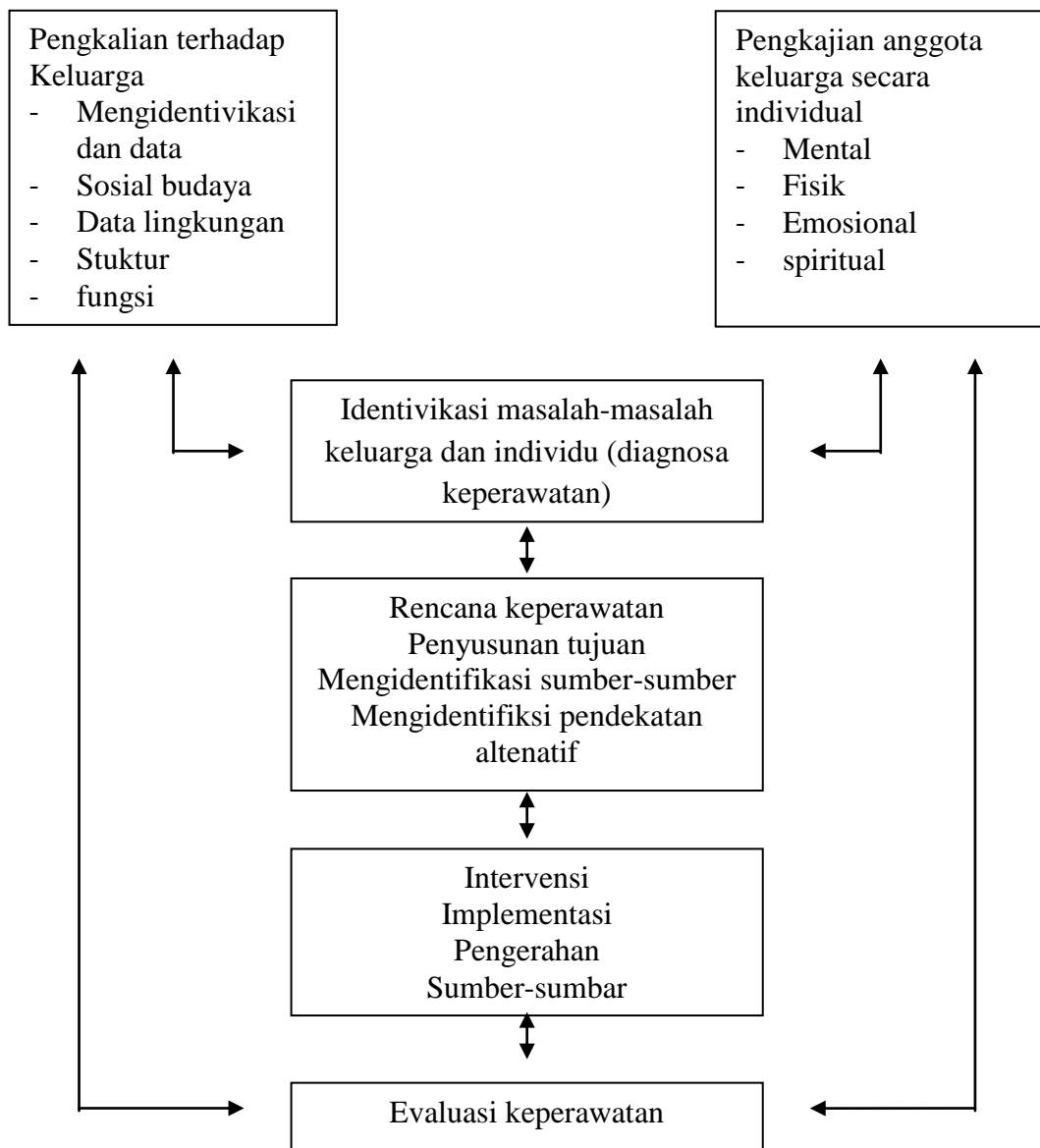
6. Penyuluh dan konsultan

Perawat dapat berperan dalam memberikan petunjuk asuhan keperawatan dasar terhadap keluarga di samping menjadi penasehat dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan keluarga (Sulistyo, 2012).

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian keperawatan keluarga

Proses keperawatan keluarga secara khusus mengikuti pola keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, intervensi, dan implementasi serta evaluasi. Berikut ini adalah langkah-langkah dalam proses keperawatan keluarga (Setiadi, 2008).



Gambar 2.2 Langkah-langkah dalam proses keperawatan.

Pengkajian keluarga adalah suatu tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Agar diperoleh data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga, perawat di harapkan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti yaitu bahasa yang digunakan dalam aktivitas keluarga sehari-hari. (Sulistyo, 2012).

Pengumpulan data tentang keluarga didapatkan dari berbagai sumber di antaranya adalah:

1. wawancara dengan klien dalam hubungannya dengan kejadian pada waktu lalu dan sekarang.
2. Temuan-temuan yang objektif (misal, observasi terhadap rumah dan fasilitas-fasilitas yang ada di dalamnya).
3. Informasi-informasi tertulis atau lisan dan rujukan, berbagai lembaga yang menanganikeluarga dan anggota tim kesehatan lainnya.

2.2.2 Diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan keluarga adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat (Setiadi, 2008).

Tahap dalam diagnosa keperawatan keluarga antara lain:

1. Analisa data

Setelah data terkumpul (dalam format pengkajian) maka selanjutnya dilakukan analisa data yaitu mengkaitkan data dan

menghubungkan dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan keluarga.

2. Perumusan masalah

Langkah berikutnya setelah analisa data adalah perumusan masalah. Perumusan masalah keperawatan keluarga dapat diarahkan kepada sasaran individu atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan keluarga meliputi problem, etiologi dan sign /simpton.

3. Prioritas masalah

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang di temukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas sebagai berikut :

- a. Tentukan skor untuk tiap criteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

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

- c. Jumlah skor untuk semua criteria
- d. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot.

Tabel 2.1 Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga (Setiadi, 2008).

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		1
	Skala : Aktual	3	
	Risiko	2	

	Keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk diubah Skala : Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah Skala : Masalah berat, harus segera ditangani Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas (Sulistyo, 2012) :

1. Sifat masalah

Menentukan sifat masalah bobot yang paling besar diberikan kepada keadaan sakit/aktual ada pada keluarga atau masalah yang mengancam kehidupan keluarga kemudian baru diberikan kepada hal-hal yang beresiko mengancam kesehatan keluarga dan selanjutnya yang potensial memengaruhi kehidupan keluarga.

2. Kemungkinan masalah dapat diubah

faktor-faktor yang mempengaruhi masalah dapat diubah adalah:

- 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.

- 2) Sumber daya keluarga: dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
 - 3) Sumber daya perawat: dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
 - 4) Sumber daya masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat, seperti posyandu, polindes.
3. Potensial masalah dapat dicegah

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melihat potensi pencegahan masalah adalah:

- 1) Kepelikan dari masalah, hal ini berkaitan dengan beratnya penyakit atau masalah yang menunjukkan kepada prognosa dan beratnya masalah.
- 2) Lamanya masalah, berhubungan dengan jangka waktu terjadinya masalah.
- 3) Tindakan yang sudah dan sedang dijalankan, adalah tindakan-tindakan untuk mencegah dan memperbaiki masalah dalam rangka meningkatkan status kesehatan keluarga
- 4) Adanya kelompok “high risk” atau kelompok risiko tinggi dalam keluarga atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
- 5) Menonjolnya masalah

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

2.2.3 Perencanaan

Perencanaan adalah bagian dari fase perorganisasian dalam proses keperawatan keluarga yang meliputi penentuan tujuan perawat (jangka panjang/pendek), penetapan standart dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga (Setiadi, 2008).

2.2.3.1 Penetapan tujuan

Adalah hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan keluarga. Bila dilihat dari sudut jangka waktu, maka tujuan perawatan keluarga dapat dibagi menjadi :

1. Tujuan jangka panjang

Menekan pada perubahan perilaku dan mengarah kepada kemampuan mandiri. Dan lebih baik ada batas waktunya, misalnya dalam waktu 2 hari.

2. Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang disa dicapai pada setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupan.

2.2.3.2 Penetapan kriteria dan standar

Merupakan standart evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai

dan digunakan dalam membuat pertimbangan. Bentuk dari standart dan kriteria ini adalah pernyataan verbal (pengetahuan), sikap dan psikomotor.

2.2.3.3 Pembuatan rencana keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu tindakan langsung kepada keluarga yang dilaksanakan oleh perawat, yang ditunjukkan kepada kegiatan yang berhubungan dengan promosi, mempertahankan kesehatan keluarga.

2.2.4 Pelaksanaan intervensi keperawatan keluarga

Tahap pelaksanaan intervensi ini diawali dengan penyelesaian perencanaan perawatan. Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga. Mengolongkan intervensi keluarga dalam tiga tingkatan fungsi keluarga :

Tabel 2.2 Klasifikasi intervensi menurut Wright dan Leahay (1984) yang di kutib oleh Sulisty (2012) diarahkan pada tingkat fungsi keperawatan.

Kognitif

Intervensi di arahkan pada aspek kognitif pada fungsi keluarga, yang meliputi pemberian informasi, gagasan baru tentang suatu keadaan dan mengemukakan pengalaman.

Afektif

Intervensi diarahkan pada aspek afektif fungsi keluarga, dirancang untuk mengubah emosi keluarga agar dapat memecahkan masalah secara afektif. Misal : mengurangi kecemasan orang tua terhadap anaknya yang sakit.

Perilaku

Intervensi di arahkan untuk membantu keluarga berinteraksi/bertingkah laku, berkomunikasi secara efektif denagn anggota keluarga yang lainnya yang

sifatnya berbeda-beda.

Diambil dari Wright dan Leahay (1984) yang sulisty andarmoyo (2012).

Intervensi yang diimplementasikan, tergantung kepada keluarga, karena keluarga merupakan partisipan aktif dalam penyusunan tujuan. Secara umum intervensi keperawatan keluarga sebagaimana dalam tabel berikut :

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan keluarga (Sulistyo, 2012)

Modifikasi perilaku
Pembuatan kontrak
Manajemen/koordinasi kasus
Strategi-strategi kolaboratif
Konseling termasuk dukungan, penilaian kognitif dan membuat kembali kerangka
Memberikan kuasa kepada keluarga lewat partisipasi aktif
Modifikasi keluarga
Advokasi keluarga
Intervensi klinis keluarga
Membuat jaringan kerja, termasuk pemakaian kelompok bantuan diri dan dukungan sosial
Memberikan informasi dan keahlian teknis
Model peran
Pengajaran berbagai strategi, termasuk manajemen stress, modifikasi gaya hidup, dan bimbingan antisipasi

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasil (bagaimana keluarga memberikan respon), bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan.

Dengan kata lain, evaluasi merupakan tahapan penilaian untuk membandingkan kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat (Sulistyo, 2012). Terdapat 3 (tiga) kemungkinan keputusan pada tahap evaluasi ini, yaitu :

1. Keluarga telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan sehingga rencana mungkin dihentikan.
2. Keluarga masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan sehingga diperlukan penambahan waktu, resources, dan intervensi sebelum tujuan berhasil.
3. Keluarga tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan sehingga perlu :
 - a. Mengkaji ulang masalah atau respon yang lebih akurat
 - b. Membuat outcome yang baru, mungkin outcome yang pertama tidak realitis.
 - c. Evaluasi intervensi keperawatan dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan.

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Menurut Friedman (1970) yang di kutip oleh Sulistyo (2012), pengumpulan data merupakan informasi yang diperlukan untuk mengukur masalah kesehatan ,status kesehatan, kesanggupan keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga . Ada tujuh bidang yang termasuk dalam pendekatan komprehensif untuk memudahkan perawat keluarga dalam melakukan pengkajian keluarga.

1. Data Identitas

Meliputi nama kepala keluarga, alamat, keluarga yang menderita KKP biasanya mempunyai pekerjaan yang tidak menentu cenderung berstatus ekonomi rendah dan mempunyai tipe keluarga besar, genogram, suku bangsa, agama, aktivitas rekreasi keluarga yang menderita KKP cenderung dilakukan di rumah saja.

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga sedang mengasuh anak atau tahap perkembangan keluarga dengan anak usia prasekolah beresiko tinggi menderita KKP karena KKP di derita pada anak dibawah usia 5 tahun, riwayat keluarga inti yang mempunyai penyakit menular seperti TBC, anak yang menderita TBC yang lama dapat menyebabkan KKP, terutama riwayat kesehatan sebelumnya seperti menderita batuk, TBC, diare yang cukup lama.

3. Data Lingkungan

Kedadaan umum kebersihan dan sanitasi lingkungan kumuh, pembuangan sampah yang salah, kamar mandi keluarga yang di pakai bersama atau umum, sumber air minum yang kotor dalam rumah yang dapat menimbulkan infeksi pada KKP.

4. Struktur Keluarga

Pola komunikasi yang biasa dilakukan dalam keluarga, struktur kekuatan keluarga, pengambil keputusan yang terlambat pada keluarga dapat mengakibatkan keterlambatan penanganan anak yang menderita KKP, serta struktur peran yang digunakan dalam keluarga.

5. Fungsi Keluarga

- a. Fungsi afektif : gambaran diri anggota keluarga, anggota keluarga tidak memiliki orang yang dipercaya dalam keluarga dan tidak ada dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita KKP sehingga keterlambatan penanganan.
- b. Fungsi sosialisasi : keluarga yang menderita KKP biasanya tidak memiliki kekuatan untuk memutuskan tindakan yang tepat untuk segera berobat ke fasilitas kesehatan yang ada sehingga terjadilah keterlambatan penanganan, tidak adanya pengaturan secara khusus pembangian tanggung jawab, keluarga biasanya mempunyai masalah dalam mengasuh anak.
- c. Fungsi perawatan kesehatan : kurangnya pengetahuan mengenai informasi seperti pengertian, tanda dan gejala KKP mengakibatkan keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan, ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat untuk melakukan tindakan agar masalah kesehatan dapat di kurangi atau bahkan teratasi, ketidakmampuan melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan agar memperoleh tindakan lanjutan supaya masalah yang lebih parah tidak terjadi, ketidakmampuan menciptakan lingkungan rumah yang menguntungkan kesehatan dan keluarga tidak mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan sekitar seperti posyandu, puskesmas.

d. Praktik lingkungan : keluarga mengetahui cara praktik kebersihan dan hiegiene keluarga, sumber air minum yang memenuhi standart, keluarga mengetahui kebersihan dan sanitasi yang kotor dapat mempengaruhi kerentanan anggota keluarga yang menderita KKP terhadap infeksi.

6. Stres dan Koping Keluarga

Stersor jangka pendek dan panjang yang dialami oleh keluarga, seperti adanya salah satu anggota keluarga yang menderita KKP. Kemampuan keluarga berespon berdasarkan penilaian objektif terhadap situasi yang menimbulkan stress. Penggunaan strategi koping yang biasa dilakukan dalam keluarga.

7. Pemeriksaan Fisik

Pengkajian terhadap perubahan fisik yang ada kaitanya dengan KKP meliputi : berat badan dan tinggi badan bandingkan dengan tabel NCHS, anak tampak sangat kurus/edema/pembengkakan kedua kaki, rambut mudah dicabut atau tidak, konjungtiva anemi atau tidak, apatis atau tidak, cengeng atau tidak, hipotermi atau demam, pucat pada telapak tangan atau tidak, kulit tanda-tanda infeksi atau tidak.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

2.3.2.1 Analisis data

Menurut Setiadi (2008), ada 3 norma yang perlu diperhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan keluarga terutama pada keluarga yang menderita KKP untuk melakukan analisa data, yaitu :

1. Keadaan kesehatan ada setiap anggota keluarga, yang meliputi :
 - a. Keadaan kesehatan fisik, mental, dan sosial anggota keluarga yang menderita KKP.
 - b. Keadaan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluargayang menderita KKP.
 - c. Keadaan gizi anggota keluarga yang menderita KKP.
 - d. Status imunisasi anggota keluargayang menderita KKP.
2. Keadaan rumah dan sanitas lingkungan pada keluarga yang menderita KKP, yang meliputi :
 - a. Rumah yang meliputi ventilasi, kebersihan, konstruksi, luas rumah dan sebagainya.
 - b. Sumber air minum.
 - c. jamban keluarga.
 - d. tempat pembuangan air limbah.
 - e. pemanfaatan pekarangan yang ada dan sebagainya.
3. Karakteristik keluarga, yang meliputi :
 - a. Komunikasi dalam keluarga.
 - b. Interaksi antar anggota keluarga.
 - c. Kesanggupan keluarga yang anggota keluarganya yang mederita KKP.
 - d. Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga yang menderita KKP.

2.3.2.2 Prioritas masalah

Tabel 2.4 Menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga mengenai KKP (Sulistyo,2012).

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		1
	Skala : Aktual	3	
	Risiko	2	
	Keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	Skala : Mudah	2	
	Sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
5.	Potensi masalah untuk diubah		1
	Skala : Tinggi	3	
	Cukup	2	
	Rendah	1	
6.	Menonjolnya masalah		1
	Skala : Masalah berat, harus segera ditangani	2	
	Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

2.3.2.3 Diagnosa keperawatan

Menurut Setiadi (2008), karena ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas kesehatan dan keperawatan, maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan secara umum pada keluarga yang menderita KKP yaitu:

- 1) Gangguan pertumbuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal tanda dan gejala KKP.

- 2) Komunikasi keluarga disfungsional berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat kesarana kesehatan.
- 3) Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita KKP.
- 4) Gangguan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita KKP.
- 5) Penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan disfungsional (Higienis lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga yang menderita KKP.
- 6) Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan sumber yang ada di masyarakat guna memelihara kesehatan keluarga yang menderita KKP.

2.3.3 perencanaan keperawatan

Rencana tindakan dari masing-masing diagnosa keperawatan :

- 1) Gangguan pertumbuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal tanda dan gejala KKP.

Tujuan :

Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 2 minggu, keluarga dapat mengenal tanda dan gejala KKP.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : Keluarga mampu menjelaskan tanda dan gejala KKP.
2. Afektif : Keluarga dapat mempersepsikan pertumbuhan anak yang benar.
3. Psikomotor : Keluarga dapat menimbang berat badan anaknya 2 minggu sekali.

Rencana keperawatan :

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala KKP.
Rasional : mengkaji pengetahuan keluarga, perawat mampu mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala KKP.
2. Berikan informasi tentang tanda dan gejala dari KKP dengan menggunakan leaflet.
Rasional : menjelaskan menggunakan leaflet dan gambar-gambar menarik supaya memperjelas materi.
3. Bimbing keluarga untuk mengulang apa yang dijelaskan.
Rasional : feedback di lakukan dengan tujuan untuk mengetahui seberapa jauh keluarga memahami penjelasan yang sudah di jabarkan.
4. Berikan pujian terhadap kemampuan keluarga yang di ungkapkan setiap diskusi.
Rasional : pujian termasuk suatu motifasi dan perlu sekali di berikan pada setiap tindakan yang dilakukan secara benar.
5. Diskusikan dengan keluarga tentang persepsi pertumbuhan yang salah.

Rasional : kurang pengetahuan dapat menimbulkan persepsi yang salah tentang pertumbuhan anak

6. Timbang berat badan tiap 2 minggu sekali.

Rasional : menimbang berat badan tiap 2 minggu untuk memantau naik atau turunnya berat badan anak tersebut.

7. Ajak keluarga memantau KMS.

Rasional : keluarga dapat memantau KMS secara mandiri pada saat posyandu.

- 2) Komunikasi keluarga disfungsi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat kesarana kesehatan.

Tujuan :

Setelah di lakukan asuhan keperawatan keluarga selama 2 minggu, keluarga dapat mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mengetahui konsekuensi tidak mengambil keputusan yang tepat.
2. Afektif : keluarga mau mengambil keputusan yang tepat.
3. Psikomotor : keluarga pergi ke fasilitas kesehatan.

Rencana keperawatan :

1. Diskusikan tentang konsekuensi tidak mengambil keputusan yang tepat.

Rasional : memberikan informasi yang tepat kepada keluarga agar

keluarga mampu mengambil keputusan yang terbaik untuk keluarganya.

2. Libatkan keluarga dalam pengambilan keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat.

Rasional : musyawarah perlu dilakukan untuk pengambilan keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat dalam keluarga.

3. Motivasi keluarga untuk mengambil keputusan untuk menggunakan fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, posyandu).

Rasional : rumah sakit, puskesmas, posyandu merupakan pelayanan kesehatan terdekat yang ada di lingkungan sekitar.

4. Beri kesempatan kepada keluarga untuk mengambil keputusan dalam hal tindakan yang tepat untuk segera berobat ke rumah sakit, puskesmas, posyandu.

Rasional : memikirkan pengambilan keputusan perlu agar meminimalkan terjadinya penyesalan.

5. Ajak keluarga bermusyawarah dalam mengambil keputusan untuk berobat.

Rasional : musyawarah dalam keluarga dapat melibatkan semua keluarga untuk menentukan tindakan yang terbaik bagi keluarganya.

- 3) Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita KKP.

Tujuan :

Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 2 minggu, keluarga dapat merawat anggota keluarga yang menderita KKP.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menyatakan tanda dan gejala infeksi
2. Afektif : keluarga mampu mengambil keputusan untuk mencegah infeksi.
3. Psikomotor : keluarga mampu melakukan pencegahan terjadinya infeksi

Rencana keperawatan :

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga yang menderita KKP.

Rasional : mengkaji pengetahuan keluarga, perawat mampu mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga yang menderita KKP.

2. Berikan informasi tentang tanda-tanda infeksi

Rasional : keluarga perlu mengetahui tanda-tanda infeksi sedini mungkin agar dapat memberikan pertolongan yang cepat dan tepat.

3. Berikan kesempatan keluarga untuk menanyakan penjelasan yang belum di mengerti.

Rasional : perawat perlu menjelaskan kembali agar keluarga mengerti dan memahami apa yang telah di jelaskan.

4. Tanyakan pendapat keluarga tentang bahaya infeksi.

Rasional : pendapat keluarga perlu untuk mengetahui seberapa

penting persepsi yang dimiliki oleh keluarga tentang bahaya infeksi.

5. Ajarkan higiane dalam memakai alat makan, menutup air minum.

Rasional : memberikan cara perilaku hidup sehat bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan.

- 4) Gangguan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita KKP.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 2 minggu keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita KKP.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menjelaskan cara diet untuk klien KKP.
2. Afektif : keluarga dapat menentukan pola makan anak sesuai diet KKP.
3. Psikomotor : keluarga dapat menyajikan pola makan sesuai diet KKP

Rencana keperawatan :

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara diet untuk klien KKP.

Rasional : Mengetahui pengetahuan keluarga bertujuan untuk memudahkan perawat menjelaskan cara diet untuk klien KKP.

2. Ajarkan cara diet untuk klien KKP dengan menggunakan leaflet.

Rasional : Melakukan diet yang benar dapat mengejar pertumbuhan seorang anak.

3. Ajarkan cara mengola, menyajikan dan pemberian makan pada

balita dengan berat badan kurang.

Rasional : Memberikan makanan sedikit tapi sering, menghadirkan makanan yang hangat dapat meningkatkan nafsu makan anak.

4. Demostrasikan cara menyusun menu sehari-hari.

Rasional : Nafsu makan anak dapat meningkat jika menu sehari-hari bervariasi.

5. Timbang berat badan tiap 2 minggu sekali.

Rasional : Menimbang badan tiap 2 minggu untuk memantau naik atau turunnya berat badan anak tersebut.

6. Ajarkan untuk memberikan makanan tambahan (modisko).

Rasional : Makanan tambahan dapat menambah intake tambahan untuk anak.

- 5) Penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan disfungsional (Higienis lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga yang menderita KKP.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 2 minggu, diharapkan keluarga dapat memelihara lingkungan rumah.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menjelaskan manfaat lingkungan yang sehat.
2. Afektif : keluarga dapat mengolah lingkungan yang sehat.

3. Psikomotor : keluarga mampu membersihkan rumah setiap hari.

Rencana keperawatan :

1. Jelaskan manfaat tentang lingkungan yang sehat.

Rasional : memberikan penjelasan tentang mangfaat lingkungan sehat agar keluarga mau merubah kebiasaan yang salah.

2. Anjurkan menjaga kebersihan rumah

Rasional : menjaga kebersihan setiap hari untuk membiasakan perilaku hidup sehat.

3. Ajarkan keluarga melakukan perubahan lingkungan rumah sesuai dengan kondisi rumah.

Rasional : merubah lingkungan seoptimal mungkin dapat meminimalkan terjadinya infeksi.

4. Berikan penguatan terhadap perilaku sehat yang telah di lakukan untuk di pertahankan setiap hari.

Rasional : perilaku hidup sehat perlu di biasakan untuk menjaga keluarga dari terjadinya infeksi.

5. Ajarkan keluarga tentang PHSB (cara mencuci tangan yang benar, menggunakan air bersih, membuang sampah di tempatnya).

Rasional : hidup bersih dan sehat dapat meningkatkan derajat kesehatan.

6. Beri pujian terhadap tindakan yang tepat.

Rasional : pujian termasuk suatu motifasi dan perlu sekali di berikan pada setiap tindakan yang dilakukan secara benar.

- 6) Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan sumber yang ada di masyarakat guna memelihara kesehatan keluarga yang menderita KKP.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 2 minggu, diharapkan keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menyebutkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan sekitarnya.
2. Afektif : keluarga dapat menyampaikan kemauan untuk ke fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, posyandu).
3. Psikomotor : keluarga pergi ke fasilitas kesehatan.

Rencana keperawatan :

1. kenalkan fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, posyandu) yang ada di lingkungan sekitar.

Rasional : keluarga dapat mengenal fasilitas kesehatan terdekat seperti puskesmas, posyandu.

2. Jelaskan pentingnya melakukan perawatan kesehatan di pusat pelayanan kesehatan terdekat secara rutin.

Rasional : Melakukan perawatan di fasilitas kesehatan terdekat dapat mendeteksi secara dini sakit yang di alami.

3. Bantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Rasional : Mendampingi menggunakan fasilitas kesehatan untuk mengurangi ketakutan yang salah akan biaya yang mahal.

4. Diskusikan tentang jadwal untuk mengunjungi fasilitas kesehatan..

Rasional :mengecek berat badan anak dapat di lakukan di posyandu yang di adakan sebulan sekali.

5. Motifasi keluarga menggunakan fasilitas kesehatan terdekat.

Rasional : Motifasi di berikan agar keluarga mau memanfaatkan fasilitas kesehatan.

2.3.4 Pelaksanaan keperawatan

Implementasi atau tindakan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri, tetapi perlu melibatkan secara integrasi semua profesi kesehatan yang menjadi tim perawatan kesehatan di rumah.

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan penilaian untuk membandingkan kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat (Sulistyo, 2012). Terdapat 3 (tiga) kemungkinan keputusan pada tahap evaluasi ini, yaitu :

1. Keluarga telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan sehingga rencana mungkin dihentikan.
2. Keluarga masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan sehingga diperlukan penambahan waktu, resources, dan intervensi sebelum tujuan berhasil.
3. Keluarga tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan sehingga perlu :

- a. Mengkaji ulang masalah atau respon yang lebih akurat.
- b. Membuat outcome yang baru, mungkin outcome yang pertama tidak realitis.
- c. Evaluasi intervensi keperawatan dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan.