

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Definisi keluarga

Menurut Setiadi (2008), Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Padila, 2012). 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 (Sulistyo, 2012)

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat di simpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jikalau ada :

1. Ikatan atau persekutuan (perkawina atau kesepakatan)
2. Hubungan (darah / adopsi / kesepakatan)
3. Tinggal bersama dalam satu atap (serumah)
4. Ada peran masing-masing anggota keluarga
5. Ikatan emosional

2.1.2 Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan

2.1.2.1 Secara tradisional

Secara tradisional keluarga di kelompokkan menjadi 2 yaitu :

1. Keluarga inti (nuclear family)

keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang di peroleh dari keturunannya atau keduanya.

2. Keluarga besar (Extended Family)

keluarga inti di tambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

2.1.2.2 Secara modern

Perkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain keluarga di atas adalah ;

1. Tradisional nuclear

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2. Reconstituted Nuclear

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan suatu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama

maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

3. Niddle Age/ Aging couple

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

4. Dyadic Nuclear

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

5. Single Parent

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

6. Dual Carrier

Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak

7. Commuter Married

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8. Single Adult

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dan tidak adanya keinginan untuk kawin.

9. Three Generation

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah

10. Institusional

Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti

11. Communal

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12. Group Marriager

Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

13. Unmarried Parent and Child

Yaitu ibu dan anak dimana perkawinan tidak di kehendaki, anaknya di adopsi

14. Cohibing Coiple

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

15. Gay and Lesbian Familly

Yaitu keluarga yang di bentuk oleh psangan yang berjenis kelamin sama.

2.1.3 Fungsi pokok keluarga

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut :

1. fungsi efektif , adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi.

2.1.4 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 pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan

lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

2.1.5 Peran perawat dalam keperawatan keluarga

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

1. Pengenal kesehatan

Perawat membantu keluarga untuk mengenal penyimpangan dari keadaan normal tentang kesehatannya dengan menganalisa data secara obyektif serta membuat keluarga sadar akan akibat masalah tersebut dalam perkembangan keluarga.

2. Pemberi pelayanan pada anggota keluarga yang sakit

Sering kali kontak pertama kali dengan keluarga dimulai dengan adanya anggota keluarga yang sakit baik melalui pertemuan langsung maupun rujukan.

3. Koordinator pelayanan kesehatan dan keperawatan kesehatan keluarga

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

4. Fasilitator

Yaitu dengan cara menjadikan pelayanan kesehatan itu mudah dijangkau oleh keluarga dan membantu mencari jalan pemecahannya.

5. Pendidik kesehatan

Yaitu untuk merubah perilaku keluarga dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

6. Penyuluh dan konsultan

Yang berperan dalam memberikan petunjuk tentang asuhan keperawatan dasar dalam keluarga.

2.1.6 Pengertian Kurang Energi Protein

Kurang energi protein adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari – hari sehingga tidak memenuhi angka kebutuhan gizi (AKG). (Arief Mansjoer,2000). Kurang Energi Protein ialah seseorang yang kekurangan gizi yang di sebabkan oleh kurangnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari atau gangguan penyakit tertentu. (Suparisa, 2000)

2.1.7 Klasifikasi

Di Indonesia, klasifikasi dan istilah yang digunakan sesuai dengan hasil lokakarya antropometri gizi.

1. KKP ringan

Bila berat badan menurut umur (BB/U) = 80-70% buku median WHO-NCHS danatau 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 danatau 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 danatau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) = <60%

buku median WHO-NCHS. KEP berat di bagi menjadi tiga yaitu :

3.1 Marasmus (kurang kalori)

Marasmus adalah penyakit yang timbul karena kekurangan energi (kalori) sedangkan kebutuhan protein relatif cukup.

3.2 Kwashiokor

Kwashiokor adalah suatu sindroma klinik yang timbul sebagai suatu akibat adanya kekurangan protein yang parah dan pemasukan kalori yang kurang dari yang dibutuhkan.

3.3 Marasmus kwashiokor

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

2.1.8 Etiologi

1. Pola makan, Protein (dan asam amino) adalah zat yang sangat dibutuhkan anak untuk tumbuh dan berkembang. Meskipun intake makanan mengandung kalori yang cukup, tidak semua makanan mengandung protein/ asam amino yang memadai. Contoh : Bayi yang masih menyusui umumnya mendapatkan protein dari ASI yang diberikan ibunya, namun bagi yang tidak memperoleh ASI protein dari sumber-sumber lain (susu, telur, keju, tahu dan lain-lain) sangatlah dibutuhkan. Gaya hidup modern dengan perkembangan IPTEK dimana terjadinya arus modernisasi yang membawa banyak perubahan pada pola hidup masyarakat
2. Faktor social, Hidup di negara dengan tingkat kepadatan penduduk yang tinggi, keadaan sosial dan politik tidak stabil, ataupun adanya

pantangan untuk menggunakan makanan tertentu dan sudah berlangsung turun-turun dapat menjadi hal yang menyebabkan terjadinya kwashiorkor.

3. Factor pendidikan, kurang adanya pengetahuan tentang pentingnya gizi dikalangan masyarakat yang pendidikannya relative rendah.
4. Faktor ekonomi, Kemiskinan keluarga penghasilan yang rendah yang tidak dapat memenuhi kebutuhan berakibat pada keseimbangan nutrisi anak tidak terpenuhi, saat dimana ibunya pun tidak dapat mencukupi kebutuhan proteinnya.
5. Faktor infeksi dan penyakit lain, Telah lama diketahui bahwa adanya interaksi sinergis antara MEP (Malnutrisi energi protein) dan infeksi. Infeksi derajat apapun dapat memperburuk keadaan gizi. Dan sebaliknya MEP, walaupun dalam derajat ringan akan menurunkan imunitas tubuh terhadap infeksi.

2.1.9 Patofisiologi

Adapun energi dan protein yang diperoleh dari makanan kurang, padahal untuk kelangsungan hidup jaringan, tubuh memerlukan energi yang didapat, dipengaruhi oleh makanan yang diberikan sehingga harus didapat dari tubuh sendiri, sehingga cadangan protein digunakan juga untuk memenuhi kebutuhan energi tersebut.

Kekurangan energi protein dalam makanan yang dikonsumsi akan menimbulkan kekurangan berbagai asam amino esensial yang dibutuhkan untuk sintesis, oleh karena dalam diet terdapat cukup karbohidrat, maka produksi insulin akan meningkat dan sebagai asam amino di dalam serum

yang jumlahnya sudah kurang tersebut akan disalurkan ke otot.

Berkurangnya asam amino dalam serum merupakan penyebab kurangnya pembentukan alkomin oleh heper, sehingga kemudian timbul edema perlemahan hati terjadi karena gangguan pembentukan lipoprotein beta sehingga transport lemak dari hati ke hati dapat lemak juga terganggu akibatnya terjadi akumuasi lemak dalam heper.

2.1.10 Manifestasi klinis

KEP berat secara klinis terdapat 3 tipe yaitu kwashiorkor, marasmus, dan marasmus-kwashiorkor. KEP ringan atau sedang disertai edema yang bukan karena penyakit lain disebut KEP berat tipe kwashiorkor.

2.1.12.1 KEP tipe 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

2.1.12.2 KEP berat tipe marasmik

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.

2.1.12.3 KKP berat tipe marasmik- kwasiokor

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

2.1.11 Akibat kekurangan energi protein

Kekurangan protein banyak terdapat pada masyarakat sosial ekonomi rendah. Kekurangan protein murni pada stadium berat menyebabkan kwashiorkor pada anak-anak di bawah lima tahun. Akibat dari kwashiorkor dan Marasmus sendiri, yaitu:

1. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
2. Mudah terkena penyakit
3. Berkurangnya daya pikir
4. Penurunan fungsi otak
5. Ketidakseimbangan cairan elektrolit
6. Berkurangnya daya tahan tubuh

7. Bila tidak segera diobati berakhir dengan kematian

2.1.12 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 KEP 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 nutrien 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 KEP 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 tunjukkan kepada orang tua cara pemberian makan yang sering dan kandungan dan nutrien yang padat, terapi bermain terstruktur.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian keperawatan keluarga

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya.

Tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan

data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga.

Cara pengumpulan data tentang keluarga dapat dilakukan antara lain dengan :

1. Wawancara

Wawancara yaitu menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi keluarga dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

2. Pengamatan

Pengamatan dilakukan yang berkaitan dengan hal-hal yang tidak perlu ditanyakan (ventilasi, penerangan, kebersihan)

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi yang bisa dijadikan acuan oleh perawat antara lain adalah KMS, kartu keluarga dan catatan kesehatan lainnya misalnya informasi-informasi tertulis maupun lisan dari rujukan dari berbagai lembaga yang menangani keluarga dan dari anggota tim kesehatan lainnya.

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan hanya pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.

2.2.2 Diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan actual atau potensial, sebagai dasar

seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

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 Skala : Aktual Risiko Keadaan sejahtera	3 2 1	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

2.2.3 Perencanaan keperawatan keluarga

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.

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 2hari.

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), siap 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 Tindakan keperawatan keluarga

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.

2.2.5 Evaluasi keperawatan keluarga

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan.

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan dengan KEP

Langkah-langkah dalam proses keperawatan keluarga yang dilakukan adalah diawali dengan pengkajian, penemuan diagnosa keperawatan keluarga, intervensi sampai dengan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Menurut Friedman (1970) yang di kutip oleh Sulistyono (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, komposisi keluarga termasuk tanggal lahir atau umur dari setiap anggota keluarga, tipe perkembangan keluarga, latar belakang budaya , kebiasaan makan keluarga, identifikasi relegius, kegiatan-kegiatan keagamaan keluarga, status ekonomi keluarga, siapa yang enghidupi keluarga dan kebiasaan keluarga.

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga saat ini yang dihadapi dan sejauh mana keluarga memenuhi tugas perkembangan saat ini. Riwayat keluarga, terutama riwayat kesehatan, riwayat penyakit keturunan pada keluarga.

3. Data Lingkungan

Kedadaan umum keberihan dan sanitasi lingkungan sekitar apakah menunjang kesehatan, pembuangan sampah, WC keluarga, sumber air minum, penataan perabot rumah, sert pemcahayaan ruangan dalam keluarga juga pertukaran udara dalam rumah yang dapat menimbulkan infeksi pada kurang gizi, sudah berapa lama keluarga tinggal ditempat tersebut, anggapan keluarga sekitar dan tipe komunitas sekitar kota atau desa. Dan sasaran serta prasarana yang

tersedia dapat terjangkau oleh keluarga atau tidak serta keadaan hubungan keluarga dengan komunitas sekitar.

4. Struktur Keluarga

Pola komunikasi yang biasa dilakukan dalam keluarga, struktur pembuatan keputusan dalam keluarga, pengambil keputusan terakhir dalam keluarga serta struktur peran yang digunakan dalam keluarga.

5. Fungsi Keluarga

- 1) 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 KEP sehingga keterlambatan penanganan.
- 2) Fungsi sosialisasi : keluarga yang menderita KEP biasanya tidak memiliki kekuatan untuk memutuskan hal-hal penting sehingga terjadilah keterlambatan penanganan, tidak adanya pengaturan secara khusus pembagian tanggung jawab, keluarga biasanya mempunyai masalah dalam mengasuh anak.
- 3) Fungsi perawatan kesehatan : kurangnya pengetahuan mengenai informasi KEP mengakibatkan keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan, tidak mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, tidak mampu melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, tidak mampu menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan keluarga tidak mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

4) Praktik lingkungan : keluarga mengetahui cara praktik kebersihan dan hiegiene keluarga, keluarga mengetahui kebersihan dan sanitasi yang kotor dan lembab dapat mempengaruhi kerentanan anggota keluarga yang menderita KEP terhadap infeksi.

6. Koping Keluarga

Stersor jangka pendek dan panjang yang dialami oleh keluarga, seperti adanya salah satu anggota keluarga yang menderita KEP. 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 KEP meliputi ; umur, BB, lingkar kepala, lingkar lengan atas, tinggi badan, turgor kulir, rambut apakah mudah dicabut atau tidak, konjungtiva anemi atau tidak, apatis atau tidak, cengeng atau tidak, ekstremitas edem atau tidak.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Karena ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas kesehatan dan keperawatan, maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan secara umum pada keluarga yang menderita KEP yaitu :

Menurut Zaidin Ali (2009), karena ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas kesehatan dan keperawatan, maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan secara umum pada keluarga yang menderita KEP yaitu:

- 1) Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah KEP.
- 2) Komunikasi keluarga disfungsional berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat ke sarana kesehatan bila menderita KEP.
- 3) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang menderita KEP.
- 4) Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan (Higienis lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga yang menderita KEP.
- 5) Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menggunakan sumber yang ada di masyarakat guna memelihara kesehatan keluarga yang menderita KEP, seperti JPS, dana sehat dan tidak memahami manfaatnya.

Analisa data bertujuan untuk mengetahui masalah kesehatan yang dialami oleh keluarga. Dalam menganalisis data dapat menggunakan Typologi masalah dalam family health care. Permasalahan dapat dikategorikan sebagai berikut :

1. Ancaman kesehatan adalah : keadaan yang dapat memungkinkan terjadinya penyakit, kecelakaan atau kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan.

2. Kurang atau tidak sehat adalah : kegagalan dalam memantapkan kesehatan.
3. Krisis adalah : saat- saat keadaan menuntut terlampau banyak dari individu atau keluarga dalam hal penyesuaian maupun sumber daya mereka.

Didalam menentukan prioritas masalah kesehatan keluarga menggunakan sistim scoring berdasarkan tipologi masalah dengan pedoman sebagai berikut :

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

Skoring :

1. Tentukan skor untuk tiap kriteria
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikanlah dengan bobot

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

3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria, skor tertinggi 5 sama dengan seluruh bobot

2.3.3 Rencana keperawatan

Rencana tindakan dari masing –masing diagnosa keperawatan :

- 1) Resiko penurunan imunitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal tanda dan gejala KEP.

Tujuan :

Setelah di lakukan asuhan keperawatan keluarga dapat mengenal tanda dan gejala KEP

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menyatakan tanda dan gejala KEP.
2. Afektif : keluarga mampu meminimalkan terjadinya infeksi.
3. Psikomotor : keluarga mampu melakukan pencegahan terjadinya infeksi.

Perencanaan :

1. Berikan informasi yang tepat.

Rasional : Dengan diberi penjelasan diharapkan keluarga mampu mengenal tanda dan gejala KEP.

2. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang keluarga.

Rasional : untuk mengetahui harapan keluarga.

3. Dorong sikap emosi yang sehat yang mendukung upaya masalah kesehatan.

Rasional : emosi yang ssehat dapat membantu keluarga mengenal tanda dan gejala KEP.

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

Tujuan :

Setelah di lakukan asuhan keperawatan keluarga dapat mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat.
2. Afektif : keluarga mampu membuat rencana memngambil tindakan yang tepat.
3. Psikomotor : keluarga mau pergi ke fasilitas kesehatan.

Perencanaan :

1. Identifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan.

Rasional : menjelaskan keuntungan dan kekrugian dapat membantu keluarga mengambil keputusan.

2. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.

Rasional : identifikasi untuk mengetahui fasilitas-fasilitas yang dapat di pakai keluarga.

3. Diskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.

Rasional : dengan mengetahui resiko yang di akibatkan keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat.

- 3) Gangguan pola nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang menderita KEP.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita KEP.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menyebutkan jenis makanan yang baik untuk anak KEP.
2. Afektif : keluarga mampu membuat rencana mengolah makanan yang sesuai diet.
3. Psikomotor : keluarga dapat mengolah makanan yang sesuai diet.

Perencanaan :

1. Demonstrasikan cara perawatan.

Rasional : memberikan roleplay tentang perawatan yang benarbertujuan agar dapat di lakukan secara mandiri oleh keluarga.

2. Gunakan alat-alat dan fasilitas yang ada di rumah.

Rasional : pemangfaatan barang-barang yang di miliki di rumah dapat menghemat pengeluaran.

3. Awasi keluarga dalam melakukan perawatan.

Rasional : mengawasi sementara keluarga dalam perawatan dapat

membantu keluarga jika ada kesalahan dalam perawatan.

- 4) Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan (Higienis lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga yang menderita KEP.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dapat memelihara lingkungan rumah.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menyebutkan cara-cara meminimalkan terjadinya infeksi akibat lingkungan yang kurang sehat.
2. Afektif : keluarga mampu membuat rencana membersihkan rumah setiap hari.
3. Psikomotor : keluarga dapat mengolah lingkungan yang sehat.

Perencanaan :

1. Temukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
Rasional : menggunakan sumber-sumber dapat menghemat pengeluaran keluarga.
2. Lakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
Rasional : merubah lingkungan seoptimal mungkin dapat meminimalkan terjadinya infeksi.

- 5) Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menggunakan sumber yang ada di masyarakat guna memelihara kesehatan keluarga yang menderita KEP, seperti JPS, dana sehat dan tidak memahami manfaatnya.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menyebutkan sumber-sumber yang ada di masyarakat seperti dana kesehatan.
2. Afektif : keluarga mampu membuat rencana kontrol ke fasilitas kesehatan..
3. Psikomotor : keluarga mau pergi ke fasilitas kesehatan untuk kontrol.

Perencanaan :

1. Kenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.
Rasional : dengan menjelaskan fasilitas yang ada keluarga mampu menggunakan dan mengenal fasilitas kesehatan di lingkungan.
2. Bantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.
Rasional : dengan membantu keluarga menggunakan fasilitas di harapkan keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan.

2.3.4 Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada anggota keluarga yang menderita KEP sesuai rencana yang telah disusun. Pada pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dapat dilaksanakan antara lain :

1. Deteksi dini kasus baru.
2. Kerja sama lintas program dan lintas sektoral
3. Melakukan rujukan
4. Bimbingan dan penyuluhan.

2.3.5 Evalueasi keperawatan

Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap melakukan tindakan keperawatan, dan klien menyatakan respon dari tindakan tersebut. Setelah menyimpulkan respon klien yang diperoleh berhasil atau tidak, dan memperbaharui rencana asuhan keperawatanj yang selanjutnya. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

S : adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi.

O : adalah hal-hal yang di temui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi.

A : adalah analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosa.

P : adalah perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi.