

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dalam Garis-Garis Besar Haluan Negara dinyatakan bahwa hakikat pembangunan yang dilaksanakan bangsa Indonesia adalah pembangunan bangsa Indonesia seutuhnya. Dengan sendirinya masalah pembangunan dibidang kesehatan, pengendalian pertumbuhan penduduk, keamanan, pangan serta pembangunan sektor lain yang menopang sangatlah mendapat perhatian utama. Demikian pula masalah gizi perlu dipandang sebagai salah satu faktor penentu dalam menunjang kesejahteraan hidup, baik perorangan, keluarga maupun masyarakat menuju kepada peningkatan kualitas sumber daya manusia Indonesia sebagai bagian dari pembangunan manusia Indonesia seutuhnya.(Depkes R.I , 1993).

Krisis ekonomi yang terjadi di Idonesia berdampak pada status gizi, dan diasumsikan kecenderungan kasus gizi kurang (KKP) akan bertambah. Diperkirakan 60-70 % balita kurang gizi atau melonjak tiga kali lipat dari sebelum krisis. (Deppen. Lamongan , 2000).

Menurut data Biro Pusat Statistik (BPS) survei tahun 1995 menunjukkan jumlah balita Indonesia yang gizi baik baru mencapai 66,77 % untuk balita

perempuan dan 61 % untuk balita laki-laki. Artinya belum semua balita di Indonesia memperoleh status gizi yang baik. Sementara status gizi balita yang sedang 23,03 % untuk balita laki-laki dan 20,01 % untuk balita perempuan. Sedangkan presentasi balita berstatus gizi kurang (KKP) atau buruk menurut daerah tempat tinggal dan jenis kelamin adalah 15,98 % untuk balita laki-laki dan 13,21 % untuk balita perempuan. Sedangkan di Puskesmas Sidotopo Kecamatan Semampir didapatkan jumlah balita dengan gizi buruk (KKP) menurut umur, yaitu balita dengan umur 0-1 tahun sebanyak 85 %, umur 1-3 tahun 58 % dan umur 3-5 tahun sebanyak 70 % pada periode Agustus 1999 sampai Juli 2000.

Survei status balita tersebut diatas jauh sebelum krisis moneter yaitu tahun 1995. Dan bila tidak ditanggulangi secara nasional maka dalam jangka waktu yang panjang akan bertambah buruk terhadap sumber daya manusia bangsa Indonesia. Akibat gizi buruk itu sendiri balita akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan, mudah terkena penyakit dan menurunkan kecerdasan serta aktifitas. (Deppen .Lamongan , 2000).

Banyak faktor yang diduga menjadi penyebab timbulnya gizi buruk (KKP) tersebut pada balita, diantaranya adalah faktor ekonomi atau kemiskinan. Dan tidak saja kemiskina menciptakan masalah ini tapi di banyak daerah adalah penduduk yang berlebihan. Juga harus dipertimbangkan gizi buruk (KKP) sebagai akibat asuhan ibu yang buruk, terutama dipandang dari segi kelelahan akibat kondisi kehidupan yang buruk. (Sacharin , 1996).

Ditinjau dari faktor keluarga (asuhan ibu yang buruk pada balita) diketahui bahwa keluarga mempunyai peran yang penting dalam pembentukan gizi pada balita. Oleh karena itu keluarga memerlukan bantuan dari perawat untuk mengatasi masalah pada balita dengan KKP. (Sacharin, 1996).

Berdasarkan data diatas, perawat mempunyai peran yang sangat penting bagi keluarga yang salah satu balitanya mengalami kurang gizi atau KKP, sehingga tujuan pengobatan dari KKP untuk menurunkan mortalitas dan memulihkan kesehatan secepatnya dapat terlaksana.

Adapun peran perawat dalam membantu mengatasi masalah keluarga yang salah satu balitanya mengalami KKP dapat dilihat dalam empat aspek, yaitu pertama promotif, membantu keluarga menambah pengetahuan tentang KKP sebagai peningkatan status kesehatan dengan cara menganjurkan para ibu untuk menyiapkan dan memberikan makanan yang mengandung nilai gizi dan yang tinggi kalori, tinggi protein kepada balitanya, kedua preventif, yaitu mengadakan pencegahan penyakit KKP dengan cara menganjurkan kepada keluarga agar mampu menyiapkan menu yang seimbang untuk balitanya supaya terhindar dari penyakit KKP. Sedangkan yang ketiga adalah peran kuratif dimana perawat memastikan keluarga telah mengantarkan balitanya ke posyandu, memeriksakan ke Puskesmas atau ke dokter. Selain itu perawat juga melakukan kolaborasi dengan ahli gizi dan dokter untuk menentukan menu dan terapi yang sesuai dan memberikan asuhan keperawatan keluarga untuk mengetahui kesembuhan klien bebas dari KKP tercapai atau tidak. Dan yang terakhir adalah peran rehabilitatif,

yaitu perawat mengadakan perbaikan terhadap perilaku keluarga yang kurang memperhatikan kebutuhan gizi klien.

B. Batasan Masalah

Mengingat luas dan kompleknya permasalahan yang dapat muncul pada keluarga dengan balita menderita KKP serta keterbatasan Penulis dalam berbagai hal maka Penulis membatasi permasalahan pada “ Asuhan Keperawatan keluarga dengan balita mengalami Kekurangan Kalori Protein wilayah kerja Puskesmas Sidotopo Kecamatan Semampir Kotamadya Surabaya “ .

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dan pola pikir ilmiah dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan balita mengalami KKP.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus yang ingin dicapai pada penulisan karya tulis ini agar penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, perumusan masalah, memprioritaskan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada balita dengan KKP.
- b. Menyusun perencanaan berdasarkan masalah yang muncul pada balita dengan KKP.

- c. Melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat pada balita dengan KKP.
- d. Melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan keluarga dengan balita KKP.
- e. Mendokumentasikan asuhan keperawatan keluarga dengan balita KKP.

D. Metodologi Penulisan

1. Metode

Dalam menyusun karya tulis ini penulis menggunakan metode deskriptif yang sifatnya mengungkap peristiwa atau gejala yang terjadi dan dialami pada waktu sekarang melalui :

- a. Studi kepustakaan yaitu suatu pendekatan dengan jalan mengumpulkan data, membaca dan membahas secara ilmiah berdasarkan literatur yang berkaitan dengan karya tulis ini.
- b. Studi kasus yaitu mengumpulkan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik kepada keluarga yang menderita KKP. (Winarno, 1990).

2. Teknik Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan penulis adalah sebagai berikut :

a. Wawancara

Adalah cara untuk mendapatkan data dengan cara menanyakan atau tanya jawab yang berkaitan dengan masalahnya yaitu KKP secara langsung.

b. Observasi langsung

Adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien.

c. Pemeriksaan fisik

Dilakukan terhadap keluarga yang mempunyai masalah KKP, berkaitan dengan keadaan fisik, kelainan organ tubuh dan tanda-tanda penyakit. (Effendy , 1998).

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ini penulis membagi menjadi lima bab, adapun pembagiannya sebagai berikut :

Bab I, Pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang masalah, batasan masalah, tujuan penulisan, metodologi penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II, Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep dasar perawatan kesehatan keluarga, konsep dasar penyakit KKP dan asuhan keperawatan keluarga yang terdiri dari Pengkajian, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.

Bab III, Tinjauan kasus yang menguraikan tentang asuhan keperawatan yang diberikan secara nyata pada klien sesuai dengan bab II.

Bab IV, Pembahasan yang menguraikan tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Bab V, Penutup yang berisi tentang kesimpulan yang diperoleh dari studi kasus dan penyampaian saran yang diambil dari kesimpulan, serta daftar pustaka dan daftar lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Perawatan Kesehatan Keluarga

a. Pengertian

1). Keluarga

Menurut Whall (1986) dalam Marilyn M. Friedman (1998) mendefinisikan keluarga sebagai “kelompok yang mengidentifikasi diri “ dengan anggota yang terdiri dari dua individu atau lebih, yang asosiasinya dicirikan oleh istilah-istilah khusus yang boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah atau hukum, tapi yang berfungsi demikian macam sehingga mereka menganggap diri mereka sebagai sebuah keluarga.

Dan menurut Friedman (1998), keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

2). Perawatan kesehatan keluarga

Menurut Bailon dan Maglaya (1978) dalam Nasrul Effendy (1998) mengemukakan bahwa keperawatan 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 atau penyalur.

b. Tipe Keluarga

Tipe atau bentuk keluarga terdiri dari beberapa macam yaitu antara lain : (Effendy, 1998)

- 1). Keluarga inti (nuclear family), adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
- 2). Keluarga besar (extended family), adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya
- 3). Keluarga beratantai (serial family), adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan laki-laki yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- 4). Keluarga duda atau janda (single family), adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- 5). Keluarga berkomposisi (composite), adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
- 6). Keluarga kabitas (cahabitation), adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk sebagai suatu keluarga.

c. Peran Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu

dalam posisi dan situasi tertentu. Berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah sebagai berikut : (Effendy, 1998)

1). Peranan ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak , berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

2). Peranan ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, di samping itu ibu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3). Peranan anak

Anak-anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, social dan spiritual.

d. Tugas dan fungsi keluarga

Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga adalah sebagai berikut : (Effendy, 1998)

1). Fungsi biologis, antara lain :

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

- d). Memelihara dan merawat anggota keluarga.
- 2). Fungsi psikologis, antara lain :
- a). Memberikan kasih sayang dan rasa aman.
 - b). Memberikan perhatian diantara anggota keluarga.
 - c). Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
 - d). Memberi identitas keluarga.
- 3). Fungsi sosialisasi, antara lain :
- a). Membina sosialisasi pada anak.
 - b). Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
 - c). Meneruskan nilai –nilai budaya keluarga.
- 4). Fungsi ekonomi, antara lain :
- a). Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - b). Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - c). Menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa yang akan datang misalnya pendidikan anak, jaminan hari tua dan lain-lain.
- 5). Fungsi pendidikan, antara lain :
- a). Menyekolahkan anak untuk memberika pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.

b). Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.

c). Mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

e. Faktor –faktor yang mempengaruhi sehat-sakit

Ada beberapa teori yang mengemukakan tentang faktor-faktor sehat-sakit. Salah satu diantaranya adalah menurut Hendric L. Blum (1974) mengatakan bahwa ada 4 faktor utama, yaitu :

- 1). Faktor lingkungan
- 2). Faktor perilaku
- 3). Faktor pelayanan kesehatan
- 4). Faktor keturunan.

2. Penyakit KKP (Kekurangan Kalori Protein)

a. Pengertian KKP

Kekurangan kalori protei adalah keadaan kuarang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi kalori dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). (Depkes R.I , 1999)

b. Patofisiologi

Pada kwashiorkor yang klasik, gangguan metabolic dan perubahan sel menyebabkan edema dan perlemakan hati. Kelainan ini merupakan gejala yang mencolok, kekurangan protein dalam diet akan menimbulkan kekurangan berbagai asam amino esensial yang

dibutuhkan untuk sintesis. Karena dalam diet terdapat cukup karbohidrat, maka produksi insulin akan meningkat dan sebagian asam amino dalam serum yang jumlahnya sudah berkurang tersebut akan disalurkan ke otot. Berkurangnya asam amino dalam serum merupakan penyebab kurangnya pembentukan albumin oleh hepar sehingga kemudian timbul edema.

Perlemakan hati terjadi karena gangguan pembentukan lipoprotein beta hingga transport lemak dari hati ke depot lemak juga terganggu dan terjadi akumulasi lemak dalam hepar. (Ngastiyah, 1997).

c. Penatalaksanaan

1). Prinsip diet

Meningkatkan keadaan gizi pasien secara bertahap, dengan memberikan diet atau makanan tinggi protein, tinggi kalori dan tinggi vitamin dan mineral.

2). Syarat diet

a). Energi dan protein

Diberikan sesuai kondisi pasien dan secara bertahap. Pemberian energi sekitar 100-200 kalori/Kg/BB. Protein 4-6 gram/Kg/BB secara bertahap.

b). Vitamin dan mineral

Bila memungkinkan didalam makanan anak, ditambahkan vitamin A, B kompleks, vitamin C dan Fe.

c). Mudah dicerna dan tidak merangsang

- d). Porsi kecil dan sering
- e). Dapat diterima pasien.
- f). Variasi rasa dan warna perlu diperhatikan serta dihidangkan dalam keadaan hangat. (Depkes R.I., 1999)

d. Dampak Masalah

1). Dampak terhadap individu (balita dengan KKP)

Akibat gizi buruk (KKP) pada balita adalah sebagai berikut :

- a). Mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan.
- b). Mudah terkena penyakit.
- c). Menurunkan kecerdasan serta aktifitas. (Deppen Lamongan, 2000)

2). Dampak terhadap keluarga

- a). Keluarga merasa cemas, malu dan rendah diri karena keadaan balita tidak seperti balita seumurnya.
- b). Keluarga akan menjadi kerepotan dalam merawat balita dengan KKP karena balita cenderung rewel dan lemah.
- c). Keluarga khususnya orang tua akan merasa bersalah seolah mereka tidak mampu merawat dan mengurus balita.

B. Asuhan Keperawatan

Ada empat tahap dari proses keperawatan keluarga secara sistematis untuk menggambarkan perkembangan dari tahap yang satu ke tahap yang lain. Keempat tahap-tahap itu adalah sebagai berikut : (Effendy, 1998).

1. Pengkajian

Dalam pengkajian terdapat dua peninjauan yaitu peninjauan tahap I dan peninjauan tahap II, dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a. Peninjauan tahap pertama

1). Pengumpulan data

Pada tahap ini dimaksudkan untuk mengumpulkan data dan menganalisa data yang ada di dalam individu, keluarga dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a). Struktur dan sifat keluarga

- (1). Data demografi, meliputi : nama, umur, jenis kelamin pekerjaan, alamat.
- (2). Daftar anggota keluarga dan hubungannya dengan anggota lain.
- (3). Genogram
- (4). Tempat tinggal masing-masing anggota keluarga, tinggal bersama kepala keluarga atau di tempat lain.
- (5). Macam struktur keluarga, apakah matriloal atau patriloal.
- (6). Anggota keluarga yang menonjol dalam mengambil keputusan tentang kesehatan.
- (7). Kegiatan dalam kehidupan sehari-hari.

b). Faktor sosial budaya ekonomi

- (1). Penghasilan keluarga

- (a). Pekerjaan, tempat bekerja, dan penghasilan dari setiap anggota keluarga yang sudah bekerja.
 - (b). Sumber penghasilan.
 - (c). Kesanggupan keluarga untuk memenuhi kebutuhan primer. Dan adanya tabungan untuk kebutuhan mendadak.
 - (d). Jam kerja dari masing-masing anggota keluarga.
 - (e). Anggota keluarga yang menentukan mengenai keuangan dan penggunaan uang tersebut untuk kepentingan mendadak.
- (2). Pendidikan dari setiap anggota keluarga dan terutama pendidikan tentang KKP.
- (3). Suku dan agama serta kepercayaan yang dianut.
- (4). Peranan anggota-anggota dalam keluarga
- (5). Hubungan keluarga dalam masyarakat, bagaimana partisipasi keluarga dalam kegiatan di masyarakat.
- c). Faktor-faktor lingkungan
- (1). Karakteristik rumah
 - (a). Tipe dan kondisi rumah
 - (b). Keadaan dapur dan kamar mandi
 - (c). Pengaturan tidur di dalam rumah
 - (d). Keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah
 - (e). Perasaan-perasaan subyektif keluarga terhadap rumah
 - (f). Unit teritorial keluarga

- (g). Evaluasi pengaturan privasi, ada atau tidaknya bahaya, pembuangan sampah dan perasaan keluarga tentang pengaturan rumah.
- (2). Karakteristik lingkungan dan komunitas tempat tinggal yang lebih luas.
 - (a). Karakteristik fisik lingkungan, tipe lingkungan, tipe tempat tinggal, keadaan tempat tinggal, dan jalan raya, sanitasi jalan raya, rumah, adanya jenis-jenis industri di lingkungan.
 - (b). Karakteristik demografis dari lingkungan dan komunitas.
 - (c). Pelayanan-pelayanan kesehatan dan pelayanan dasar yang ada di dalam lingkungan dan komunitas, fasilitas pemasaran, lembaga kesehatan, lembaga pelayanan sosial, pelayanan tempat suci.
 - (d). Ada tidaknya sekolah dan fasilitas rekreasi.
 - (e). Tersedianya transportasi umum.
- (3). Mobilitas geografis keluarga.
- (4). Asosiasi dan transaksi keluarga dengan komunitas.
- (5). Sistem pendukung dan jaringan sosial keluarga.

(Friedman, 1998)

d). Riwayat kesehatan atau riwayat medis

- (1). Riwayat kesehatan dari setiap anggota keluarga.
 - (a). Penyakit-penyakit yang pernah di derita balita KKP.

- (b). Keadaan penyakit sekarang (telah didiagnosa atau belum) dan tindakan kesehatan yang telah dilaksanakan.
- (2). Riwayat medis dari anggota keluarga yang menderita penyakit KKP.
 - (a). Perubahan biologis
 - (b). Perubahan psikologis
 - (c). Perubahan sosiologis
- (3). Nilai-nilai yang telah diberikan untuk pencegahan penyakit.
 - (a). Status imunisasi
 - (b). Pemanfaatan fasilitas lain untuk pencegahan penyakit.
- (4). Sumber pelayanan kesehatan, apakah sama untuk setiap anggota keluarga.
- (5). Keluarga melihat peranan dari petugas kesehatan dan pelayanan dari petugas kesehatan
- (6). Pengalaman yang lampau dari petugas kesehatan yang professional, memuaskan atau tidak. (Baylon dan Maglaya , 1989).

2). Analisa data

Di dalam menganalisa data ada tiga norma yang perlu diperhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan keluarga, yaitu :

- a). Keadaan kesehatan yang normal dari setiap anggota keluarga, meliputi :
- (1). Keadaan kesehatan fisik, mental, social anggota keluarga
 - (2). Keadaan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga
 - (3). Keadaan gizi anggota keluarga.
 - (4). Status imunisasi anggota keluarga.
 - (5). Kehamilan dan Keluarga Berencana.
- b). Keadaan rumah dan sanitasi lingkungan, meliputi :
- (1). Rumah, meliputi : ventilasi, penerangan, kebersihan, konstruksi, luas rumah dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga.
 - (2). Sumber air minum.
 - (3). Jamban keluarga.
 - (4). Tempat pembuangan air limbah.
 - (5). Pemanfaatan pekarangan yang ada.
- c). Karakteristik keluarga :
- (1). Sifat-sifat keluarga.
 - (2). Dinamika dalam keluarga.
 - (3). Komunikasi dalam keluarga.
 - (4). Interaksi antar anggota keluarga.
 - (5). Kesanggupan dalam membawa perkembangan anggota keluarga.

(6). Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga.

(Effendy , 1998).

3). Perumusan Masalah

Dalam menyusun masalah kesehatan dan keperawatan keluarga mengacu pada Tipologi Kesehatan dan Keperawatan keluarga. Dalam tipologi masalah kesehatan keluarga ada tiga kelompok masalah besar, yaitu :

a). Ancaman kesehatan, adalah keadaan yang memungkinkan terjadinya penyakit, kecelakaan dan kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan. Contohnya adalah sebagai berikut :

(1). Jumlah keluarga melampaui batas sumber daya keluarga.

(2). Masalah gizi :

(a) Makanan kurang dalam hal kualitas maupun kuantitas bagi balita dengan KKP.

(b). Kebiasaan makan yang jelek.

b). Kurang atau tidak sehat , adalah kegagalan dalam memantapkan kesehatan seperti keadaan sesudah didiagnosa atau sebelum didiagnosa, seperti pada KKP.

c). Krisis, adalah suatu keadaan menuntut terlampau banyak dari individu atau keluarga dalam hal penyesuaian maupun dalam hal sumber daya keluarga, misalnya penambahan anggota keluarga, bayi baru lahir dan lain-lain. (Effendy , 1998).

4). Menentukan Prioritas Masalah

Setelah diketahui masalah kesehatan keluarga maka langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah. Adapun cara untuk menentukan prioritas dan contoh perhitungan skor adalah sebagai berikut :

KRITERIA	PERHITUNGAN	SKOR
1). Sifat masalah : Skala : - Ancaman kesehatan - Tidak/kurang sehat - Krisis	2 3 1	1
2). Kemungkinan masalah dapat dirubah : Skala : - Dengan mudah - Hanya sebagian - Tidak dapat	2 1 0	2
3). Potensi masalah untuk dicegah : Skala : - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1
4). Menonjolnya masalah : Skala : - Masalah yang berat harus ditangani. - Ada masalah, tapi tidak perlu ditangani. - Masalah tidak dirasakan.	2 1 0	1

SKORING :

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria.
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

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

3. Jumlahkan skor untuk setiap kriteria.
4. Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk setiap bobot. (Effendy , 1998).

b. Penjajakan tahap kedua

Penjajakan tahap kedua ini berisi tentang diagnosa keperawatan keluarga. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan tentang faktor-faktor yang mempertahankan respon atau tanggapan klien yang tidak sehat atau menghalangi perubahan yang diharapkan. (Effendy , 1998).

Dalam asuhan keperawatan keluarga diagnosa yang mungkin muncul adalah : (Effendy , 1998)

- 1). Ketidaksanggupan mengenal masalah (balita dengan KKP) sehubungan dengan ketidaktahuan tentang fakta (tanda dan gejala KKP).
- 2). Ketidaksanggupan mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat sehubungan dengan kurangnya sumber daya keluarga.
- 3). Ketidakmampuan merawat balita dengan KKP sehubungan dengan kurangnya pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan prosedur perawatan.
- 4). Ketidaksanggupan memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pribadi anggota sehubungan dengan sumber-sumber keluarga tidak cukup misalnya keuangan dan keadaan fisik rumah yang tidak memenuhi syarat.
- 5). Ketidakmampuan menggunakan sumber di masyarakat guna memelihara kesehatan sehubungan dengan tidak memahami keuntungan yang diperoleh.

2. Perencanaan

Langkah selanjutnya setelah pengkajian adalah menyusun rencana perawatan kesehatan dan keperawatan keluarga. Rencana keperawatan kesehatan adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi. (Effendy ,1998).

a. Diagnosa I

Ketidaksanggupan mengenal masalah (balita dengan KKP) sehubungan dengan ketidaktahuan tentang fakta (tanda dan gejala).

1). Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu mengenal KKP.

2). Kriteria hasil :

Keluarga mampu dan mengenal definisi, gejala dan tanda KKP.

3). Rencana tindakan :

a) Jelaskan pada ibu mengenai maksud dan tujuan kedatangan petugas kesehatan ke rumahnya.

b) Jelaskan pada keluarga tentang definisi, tanda dan gejala KKP.

c) Tanyakan kembali kepada ibu tentang apa yang telah dijelaskan.

4). Rasional :

a) Akan terbina hubungan kooperatif antara keluarga dan petugas kesehatan sehingga memudahkan dalam pemberian asuhan keperawatan.

- b) Dengan penjelasan yang adekuat keluarga akan mengenal KKP dan pengetahuan keluarga tentang KKP akan bertambah.
- c) Dengan menanyakan lagi, dapat mengevaluasi apa yang telah diberikan sudah dimengerti oleh ibu atau belum.

b. Diagnosa II

Ketidaksanggupan mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat sehubungan dengan kurangnya sumber daya keluarga.

1). Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga mampu mengambil keputusan

2). Kriteria hasil :

Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat balita dengan KKP.

3). Rencana tindakan :

- a) Jelaskan pada keluarga tentang pentingnya mengambil keputusan yang tepat.
- b) Berikan motivasi pada keluarga untuk dapat mengambil keputusan yang tepat untuk menangani masalahnya.
- c) Anjurkan kepada keluarga untuk mengatur pengeluaran.
- d) Anjurkan pada keluarga untuk tetap memeriksakan balitanya ke puskesmas atau posyandu.

4). Rasional :

- a) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat sehingga masalah dapat terselesaikan.
- b) Dengan memberikan motivasi akan menambah rasa keyakinan diri keluarga untuk merawat balita dengan KKP.
- c) Dengan pengaturan pengeluaran, keluarga dapat menyisihkan dana untuk pengobatan balita dengan KKP.
- d) Dengan tetap memeriksakan balita ke puskesmas atau posyandu akan dapat mengetahui pertumbuhan dan perkembangan balita dengan KKP.

c. Diagnosa III

Ketidakmampuan merawat balita dengan KKP sehubungan dengan kurangnya pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan prosedur perawatan.

1). Tujuan :

Keluarga mampu melakukan tindakan perawatan balita dengan KKP di rumah.

2). Kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keluarga mampu :

- a) Menyebutkan kembali tentang pentingnya pengawasan dan pemeliharaan kesehatan balita dengan KKP.
- b) Menguraikan teknik dasar perawatan untuk balita dengan KKP.

- c) Menjelaskan cara merujuk balita dengan KKP ke pelayanan kesehatan terdekat, serta dapat menguraikan keadaan balita dengan KKP yang dirujuk.

3). Rencana tindakan :

- a) Jelaskan pentingnya perawatan balita dengan KKP kepada keluarga.
- b) Jelaskan akibatnya bila balita KKP tidak mendapat perawatan yang kontinyu.
- c) Rujuk untuk perawatan kesehatan balita dengan KKP.
- d) Demonstrasikan teknik perawatan balita dengan KKP di rumah dengan sarana yang ada.

4). Rasional :

- a) Dengan mengetahui pentingnya pemeliharaan kesehatan dan akibat bila tidak ada perawatan maka persepsi keluarga akan positif serta kooperatif terhadap tindakan.
- b) Dengan mengetahui akibat dari perawatan KKP yang tidak kontinyu maka keluarga mau merawat balita dengan KKP.
- c) Dengan mengetahui cara merujuk, keluarga dapat melakukan rujukan yang tepat bila balita KKP perlu dirujuk.
- d) Perawatan dasar perlu diketahui agar kesehatan balita tetap terjaga.

d. Diagnosa IV

Ketidaksanggupan memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pribadi anggota keluarga

sehubungan dengan sumber-sumber keluarga tidak cukup misalnya keuangan dan keadaan fisik rumah yang tidak memenuhi syarat.

1). Tujuan :

Keadaan rumah memenuhi syarat kesehatan.

2). Kriteria hasil :

Keluarga dapat menciptakan lingkungan rumah yang:

- a) Bersih dan bebas debu.
- b) Perabot rumah tertata rapi.
- c) Ventilasi atau jendela selalu dibuka agar sirkulasi udara bebas keluar masuk.

3). Rencana tindakan :

a) Berikan penyuluhan pada keluarga tentang :

- Akibat dari rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan.
- Syarat-syarat rumah sehat.
- Pentingnya ventilasi dan sinar yang langsung masuk dalam rumah.

b). Motivasi keluarga untuk melakukan apa yang telah dijelaskan.

4). Rasional :

- a) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga mengerti dan mau melaksanakan penjelasan perawat.
- b) Dengan motivasi akan menambah keyakinan keluarga untuk menciptakan rumah yang memenuhi syarat kesehatan.

e. Diagnosa V.

Ketidakmampuan menggunakan sumber di masyarakat guna memelihara kesehatan sehubungan dengan tidak memahami keuntungan yang diperoleh.

1). Tujuan :

Keluarga menggunakan sumber pelayanan kesehatan di masyarakat guna memelihara kesehatan.

2). Kriteria hasil :

- a) Keluarga tahu dan mau memeriksakan balita dengan KKP.
- b) Keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia di lingkungannya.

3). Rencana tindakan :

- a) Jelaskan pada keluarga tentang tempat untuk meminta pertolongan (pengobatan balita dengan KKP).
- b) Anjurkan pada keluarga untuk memeriksakan balitanya ke puskesmas atau posyandu secara kontinyu.
- c) Motivasi keluarga untuk selalu menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia di lingkungannya.

4). Rasional :

- a) Agar balita dengan KKP mendapatkan pengobatan yang tepat.
- b) Dengan pemeriksaan yang kontinyu diharapkan dapat dipantau kesehatan balita dengan KKP dan diketahui perkembangannya.
- c) Agar keluarga terbiasa menggunakan fasilitas kesehatan yang terdekat sehingga dapat mengurangi biaya.

3. Pelaksanaan.

Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. (Effendy,, 1995).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap keluarga adalah sebagai berikut : (Effendy, 1998)

- a. Sumber daya keluarga (keuangan).
- b. Tingkat pendidikan keluarga.
- c. Adat istiadat yang berlaku.
- d. Respon dan penerimaan keluarga.
- e. Sarana dan prasarana yang ada pada keluarga.

4. Evaluasi.

Penilaian perawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan perawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. (Effendy , 1995)

Ada 3 alternatif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan itu tercapai, yaitu :

- a. Tujuan tercapai ; jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian ; jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai ; jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali. Dan bahkan timbul masalah baru. (Effendy , 1995).