

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini penulis akan menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Dalam hal ini kesenjangan diuraikan sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan, yaitu : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pada pengkajian keperawatan keluarga menurut teori dilaksanakan dalam dua tahap, yaitu : peninjauan tahap pertama dan peninjauan tahap kedua. ( Bailon. dan Maglaya , 1989).

##### **1. Peninjauan tahap I**

###### **a. Pengumpulan data**

Menurut teori dijelaskan bahwa pengumpulan data dasar meliputi empat unsur, yaitu struktur dan sifat keluarga, faktor sosial ekonomi dan budaya, faktor lingkungan dan riwayat kesehatan keluarga. Pada saat pengkajian penulis tidak mengalami kesulitan dalam wawancara karena keluarga (nenek) balita bisa diajak komunikasi dengan bahasa Indonesia baik dan benar serta bisa mengerti penjelasan yang penulis berikan. Sumber informasi dari keluarga juga jelas, hal ini disebabkan karena sebagian besar data diperoleh dari satu anggota keluarga yaitu nenek balita.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan perbedaan antara teori dan kasus nyata, pada teori terdapat gejala oedem pada jenis KKP-Kwasiokor, sedangkan pada kasus nyata tidak didapatkan gejala oedem. Selain itu penulis tidak mengalami hambatan dalam mengali data dari keluarga karena keluarga tidak berusaha menutup-nutupi informasi yang dibutuhkan oleh penulis. Hal ini disebabkan karena penulis selalu mengadakan pendekatan dengan keluarga sehingga keluarga kooperatif ketika diadakan pengkajian.

#### b. Analisa Data

Selanjutnya pada tahap analisa data menurut teori mengacu pada tiga norma yang perlu diperhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan keluarga. (Effendy , 1998). Yang dicantumkan secara garis besar saja. Ada tiga kelompok besar norma, yaitu :

1. Sanitasi Keadaan kesehatan yang normal dari setiap anggota keluarga.
2. Keadaan rumah dan lingkungan.
3. Karakteristik keluarga.

Pada kenyataan kasus untuk menganalisa data sesuai dengan Bailon dan Maglaya (1989) lebih mudah dengan mengelompokkan data subyektif dan obyektif sehingga dapat teranalisis sesuai dengan teori. Adapun masalah kesehatan yang tidak penulis temukan adalah karakteristik keluarga, hal ini disebabkan karena pada saat pengkajian

tidak didapatkan penyimpangan dalam komunikasi keluarga, sifat-sifat keluarga maupun interaksi keluarga.

#### c. Perumusan Masalah

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

1. Ancaman kesehatan, seperti jumlah anggota keluarga melampaui batas sumber daya keluarga.
2. Kurang/tidak sehat, seperti adanya balita dengan KKP.
3. Krisis, seperti adanya penambahan anggota keluarga baru.

Pada kasus nyata perumusan masalah adalah hasil dari analisa data, ditemukan empat masalah kesehatan yang timbul, yaitu balita dengan KKP, sumber daya keluarga yang kurang, masalah gizi, dan jumlah anggota keluarga melampaui kapasitas rumah.

#### d. Prioritas Masalah

Menurut teori penentuan prioritas masalah, bisa menggunakan sistem skoring untuk melihat pemeriksaan secara obyektif. Dan dalam kasus nyata penulis juga menggunakan sistem skoring tersebut dengan urutan sebagai berikut :

1. Balita dengan KKP, dengan skor : 4 1/6

2. Masalah gizi (penyiapan menu seimbang untuk balita KKP), dengan skor :2 2/3.
3. Sumber daya keluarga yang kurang, dengan skor : 2
4. Jumlah anggota keluarga melampaui kapasitas rumah, skor : 1

## 2. Penjajakan Tahap II

Dalam menentukan diagnosa keperawatan keluarga, pada teori didapatkan lima masalah yang mengacu pada berfungsi tidaknya tugas kesehatan dan keperawatan keluarga (Effendy, 1998). Tetapi pada kenyataan kasus ditemukan empat diagnosa keperawatan keluarga dan dari keempat diagnosa tersebut ada tiga diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori, yaitu sebagai berikut :

- a. Ketidaksanggupan mengenal balita dengan KKP sehubungan dengan tidak tahu tentang tanda dan gejala KKP ditandai dengan nenek balita mengetahui bahwa balita menderita KKP setelah dibawa ke Puskesmas pada saat sakit, grafik berat badan balita pada KMS (Kartu Menuju Sehat) berada pada jalur BGM (Bawah Garis Merah) (BB : 6,4 Kg umur balita 15 bulan), tubuh kurus, kecil, perut buncit, balita terlihat lemah, belum bisa berdiri, duduk dengan bantuan dan mudah terkena penyakit. Diagnosa ini muncul karena pendidikan keluarga yang rendah menyebabkan pengetahuan keluarga tentang KKP juga rendah.
- b. Ketidaksanggupan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat sehubungan dengan kurangnya sumber daya keluarga ditandai dengan keluarga mengatakan bingung dengan penghasilan

keluarga yang tidak mencukupi untuk kebutuhan anak-anaknya dengan 2 orang yang sedang bersekolah (SMP dan SMA) dan keluarga tidak bisa membelikan balita susu atau makanan yang cukup gizi, keluarga hanya mengandalkan PMT(Pemberian Makanan Tambahan) dari Puskesmas atau Posyandu, jumlah anggota keluarga 8 orang, penghasilan kepala keluarga kira-kira Rp 200.000 sebulan dan dari istri Rp. 150.000 sebulan.

c. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pribadi anggota keluarga sehubungan dengan jumlah anggota melampaui kapasitas rumah ditandai dengan keluarga mengatakan bahwa rumahnya sangat sempit untuk jumlah anggota keluarga, tapi keluarga tidak bisa berbuat apa-apa karena memang yang seperti ini yang keluarga miliki, luas rumah 3,5 x 4 m<sup>2</sup>, jumlah anggota 8 orang. Diagnosa ketiga ini muncul karena kapasitas rumah tidak mencukupi untuk jumlah anggota keluarga, dan masalah ini sangat sulit dipecahkan karena terbentur oleh sumber daya yang ada pada keluarga.

Sedangkan satu diagnosa keperawatan keluarga yang pada teori tidak ada tapi muncul pada kasus nyata, yaitu : ketidakmampuan keluarga menyiapkan menu seimbang untuk balita dengan KKP. Hal ini disebabkan penyakit KKP bisa terjadi pada semua kelompok ekonomi terutama ekonomi rendah dan juga adanya faktor kurangnya perhatian ibu terhadap balita mengenai gizinya.

Disamping itu ada diagnosa keperawatan keluarga yang ada pada teori tetapi tidak muncul pada kasus nyata, yaitu ketidakmampuan menggunakan sumber dimasyarakat (Posyandu/Puskesmas) guna pemeliharaan kesehatan balita deagn KKP sehubungan dengan persepsi kurang terhadap pelayanan kesehatan yang ada. Hal ini disebabkan karena keluarga tidak pernah mengalami kekecewaan terhadap petugas kesehatan. Diagnosa yang kedua adalah ketidakmampuan merawat/menolong balita dengan KKP sehubungan dengan kurangnya pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan prosedur perawatan. Hal ini disebabkan nenek balita sebenarnya sangat peduli dengan keadaan balita tetapi karena kurangnya sumber daya keluarga menyebabkan keluarga seperti kurang memperhatikan keadaan balita. Walaupun demikian keluarga/nenek rajin membawa balita ke Posyandu untuk ditimbang dan mendapatkan PMT.

## **B. Perencanaan**

Dalam teori dijelaskan bahwa rencana keperawatan adalah sekumpulan tindakan yang telah ditentukan perawat untuk dilaksanakan, dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi. Masalah kesehatan dan keperawatan yang jelas didasarkan pada analisis yang menyeluruh tentang masalah / situasi, rencana harus realistik sesuai dengan tujuan keperawatan yang dibuat bersama keluarga dan dibuat secara tertulis (Effendy ,1998). Pada kasus nyata rencana tindakan disusun dengan mencantumkan tujuan dan kriteria hasil, dimana tujuan dan kriteria hasil

tersebut digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan tindakan keperawatan dengan disertai kriteria waktu.

Tujuan dan kriteria hasil tersebut juga berfungsi untuk menilai hasil pelaksanaan tindakan keperawatan apakah sudah sesuai dengan kriteria waktu yang dicantumkan. Pada kenyataan kasus tidak semua tindakan yang dilakukan penulis dapat berhasil dalam waktu sekali kunjungan rumah, akan tetapi secara bertahap tujuan rencana tindakan tersebut berhasil, tetapi sesuai dengan kriteria waktu yang telah ditentukan pada perencanaan.

### **C. Pelaksanaan**

Dalam tahap pelaksanaan ini ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, hal ini terlihat bahwa dalam tinjauan pustaka masih berupa konsep atau secara umum sedangkan pada tinjauan kasus pelaksanaan sudah bersifat operasional yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi keluarga, karena masalah kesehatan sudah ada dan jelas sehingga perlu diberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan rencana yang ada.

Penulis dalam melaksanakan perawatan ini bertitik tolak pada peran perawat kesehatan masyarakat, diantaranya adalah : (Effendy , 1998).

#### **1. Pelaksana**

Penulis dapat melaksanakan perawatan secara langsung pada balita KKP sesuai dengan konsep teori dan pada tahap pelaksanaan ini penulis mengalami sedikit kesulitan karena tindakan yang telah ditentukan bersama keluarga tidak semua dapat dilaksanakan, misalnya penyiapan menu yang seimbang untuk balita tidak dapat dilaksanakan oleh keluarga

setiap hari, hal ini disebabkan oleh sumber daya keluarga yang kurang. Untuk mengatasi hal ini keluarga membawa balita ke Posyandu untuk mendapatkan PMT (Pemberian Makanan Tambahan) sehingga berat badan balita akan bertambah

Penulis dalam tahap pelaksanaan ini selalu mengadakan kerjasama yang baik antara penulis, keluarga dan petugas kesehatan yang lain.

## 2. Pendidik

Dalam keperawatan kesehatan keluarga peran perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan/penyuluhan keluarga sangat menonjol, misalnya pengetahuan keluarga yang kurang tentang KKP yang menyebabkan perilaku yang salah atau kurang baik terhadap perawatan penderita KKP. Hal ini sesuai dengan teori perilaku dari H.L. Bloom (1908) dalam Notoatmojo (1997) yang terdiri 3 komponen yaitu pengetahuan, sikap, tindakan. Dalam hal ini penulis memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang KKP.

## 3. Pembaharu

Pada peran ini penulis mencoba untuk merubah perilaku keluarga dan pola hidup yang erat kaitannya dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Misalnya tentang penyiapan menu yang seimbang untuk balita KKP. Dalam hal ini keluarga diharapkan dapat menyiapkan menu yang seimbang untuk balita KKP. Dan perubahan perilaku keluarga tidak lepas dari teori Rogers dalam Effendy (1998) tentang proses penerimaan pesan



(Adopsi- Inovasi) yang terdiri dari : Awareness (keluarga sadar akan adanya pesan), Interest (tertarik dalam pesan), Evaluasi (keluarga menilai baik/ buruknya pesan), Trial (keluarga mencoba mempraktekkan pesan), dan kemudian Adoption (keluarga mempraktekkan dan melakukan isi pesan). Dalam kasus nyata keluarga sudah menyiapkan menu yang seimbang untuk balita tidak setiap hari.

#### **D. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap untuk menentukan atau menilai berhasil tidaknya tindakan keperawatan yang telah diberikan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Dalam menentukan evaluasi ini diperlukan pemantauan yang berkesinambungan terhadap perkembangan keluarga terutama dalam perubahan perilakunya untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya. Dalam kasus nyata masalah kesehatan dan keperawatan keluarga yang penulis temukan dapat teratasi sesuai dengan target waktu yang telah ditentukan dengan melihat pada catatan perkembangan. Keberhasilan ini didukung oleh kerjasama keluarga dengan petugas kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan dan keperawatan yang muncul pada keluarga. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan selalu disesuaikan dengan situasi dan kondisi keluarga saat itu yang mencakup sumber daya keluarga (keuangan), tingkat pendidikan keluarga, adat istiadat yang berlaku, respon dan penerimaan keluarga serta sarana dan prasarana yang ada pada keluarga.