

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

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 dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Sulistyo, 2012).

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jika ada:

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

Pembagian tipe ini tergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan.

1.1.2.1 Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan 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 ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

1.1.2.2 Secara Modern

Perkembangannya individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain keluarga diatas 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 diluar rumah.

3. Niddle Age/ Aging Couple

Suami sebagai pencari uang istri dirumah/kedua-duanya bekerja dirumah, 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 diluar rumah.

5. Single Parent

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

6. Dual Carier

Yaitu suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

7. Commuter Married

Suami istri atau keduanya orang karir 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 generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10. Institussional

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

11. Communal

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

12. Group Marriager

Yaitu suatu perumahan yang 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 dikehendaki, anaknya diadopsi.

14. Cohibing couple

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

15. Gay and Lesbian Family

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan 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 Keluarga

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

1. Mengetahui 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 dicatat 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 dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan sebaiknya meminta bantuan orang lain disekitar lingkungan 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 dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjut agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

5. Memmpertimbangkan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (permanfaatan 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:

1. Pengenal kesehatan

Perawat membantu keluarga untuk menganal 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 pertemuan langsung maupun rujukan.

3. Koodinator pelayanan kesehatan dan keperawatan kesehatan keluarga

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

4. Fasilitator

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

5. Pendidik kesehatan

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

6. Penyuluh dan konsultan

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

2.2 Konsep Kurang Energi Protein

1. 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) (Arif Mansjoer,2010). Kurang Energi Protein ialah seseorang yang kekurangan gizi yang disebabkan oleh kurangnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari atau gangguan penyakit tertentu. (Suparisa, 2010)

2. Klasifikasi

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

a. KKP ringan

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

b. KKP sedang

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

c. KKP berat

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

1) Marasmus (kurang kalori)

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

2) Kwashiorkor

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

3) Marasmus Kwashiorkor

Etiologi tanda dan gejalanya merupakan gabungan dari marasmus dan kwashiorkor.

3. Etiologi

a. 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 menyusu umumnya mendapatkan protein dari ASI yang diberikan oleh 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.

b. 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-menurun dapat menjadi hal yang menyebabkan terjadinya kwashiokor.

c. Faktor pendidikan,

Kurang adanya pengetahuan tentang pentingnya gizi dikalangan masyarakat yang pendidikannya relatif rendah.

d. 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.

e. 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.

4. Patofisiologi

Adapun energi dan protein yang diperoleh dari makanan yang 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 didalam serum yang jumlahnya sudah kurang tersebut akan disalurkan ke otot.

5. 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.

KEP tipe berat kwashiorkor

- a. Pandangan mata sayu.
- b. Rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit.

- c. Perubahan status mental: cengeng, rewel, kadang apatis.
 - d. Pembesaran hati.
 - e. Otot mengecil (hipertropi), lebih nyata di periksa pada posisi berdiri atau duduk.
 - f. Kelainan kulit atau bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman terkupas (crazy pavement dermatosis).
 - g. Sering disertai: infeksi, anemia, diare.
6. KEP berat tipe marasmik
- a. Wajah tampak seperti orang tua
 - b. Tampak sangat kurus, hingga terbungkus kulit
 - c. Cengeng, rewel
 - d. Kulit keriput, jaringan kulit subkutis, sangata sedikit sampai tidak ada
 - e. Perut cekung
 - f. Sering disertai : penyakit kronik, diare kronik
7. KKP berat tipe marasmik kwasiokor

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

8. Akibat Kekurangan Energi Protein

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

- a. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan

- b. Mudah terkena penyakit
- c. Berkurangnya daya pikir
- d. Penurunan fungsi otak
- e. Ketidakseimbangan cairan elektrolit
- f. Berkurangnya daya tahan tubuh
- g. Bila tidak segera diobati akan berujung pada kematian

9. Penatalaksanaan

1. Atasi/cegah hipoglikemi

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 makan cair/formula khusus (mulai dari dehidrasi 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 2jam secara oral.

4. Koreksi defisiensi nutrien mikro

Berikan setiap hari:

- 1. Tambahan multivitamin
- 2. Asam folfat 1mg/hari (5mg hari pertama)
- 3. Seng (Zn) 2mg/kgBB/hari

4. Tembaga (Cu) 0,2mg/kgBB//hari
5. Vitamin A oral pada hari 1,2 dan 14:
Umur >1 tahun : 200.000SI
Umur 6-12 bulan : 100.000SI
Umur 0-5 bulan : 50.000SI
5. Mulai pemberian makan

Prinsip pemberian nutrisi yaitu :

1. Porsi kecil, sering, rendah serat dan rendah laktosa.
2. Energi : 100kkal/kgBB/hari
3. Protein : 1-1,5g/kgBB/hari
4. Cairan 130ml/kgBB/hari
5. Teruskan jika 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 flow up setelah sembuh

Bila berat anak sudah mencapai 80% dapat dikatakan anak sembuh, pola makan ang baik dan stimulasi harus dilakukan dan tunjukkan kepada orang tua cara pemberian makanan yang sering dan kandungan dan nutrien yang padat, terapi bermain terstruktur.

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

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:

a. Wawancara

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

b. Pengamatan

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

c. 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.

d. Pemeriksaan Fisik

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

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 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 ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas sebagai berikut:

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

$$\frac{\text{skor}}{\text{angka tinggi}} \times \text{bobot}$$

- 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, 2012).

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah Skala : Aktual Resiko 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

3. Perencanaan keperawatan keluarga

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

1. Penetapan tujuan

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

a. Tujuan jangka panjang

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

b. Tujuan jangka pendek

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

2. Penetapan kriteria dan standart

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.

3. Pembuatan rencana keperawatan

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

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 dirumah.

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.

2.4 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.

1. Pengkajian keperawatan

Menurut friedman (1989) yang dikutip oleh sulisty (2012), pengumpulan data merupakan informasi yang diperlukan untuk mengukur masalah kesehatan status kesehatan, kesanggupan keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga. Ada tujuh bidang termasuk dalam pendekatan komprehensif untuk memudahkan perawat keluarga dalam melakukan pengkajian keluarga.

a. 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 menghidupi keluarga dan kebiasaan keluarga.

b. 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 kepada keluarga.

c. Data Lingkungan

Keadaan umum kebersihan dan sanitasi lingkungan sekitar apakah menunjang kesehatan, pembuangan sampah, WC keluarga, sumber air minum, penataan perabot rumah, serta pencahayaan 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.

d. Struktur Keluarga

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

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi efektif : 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 menentukan 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 lakukan setempat.

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

5) Koping Keluarga

Stresor 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.

6) Pemeriksaan fisik

Pengkajian terhadap perubahan fisik yang ada kaitannya dengan KEP meliputi : umur, BB, lingkaran kepala, lingkaran lengan atas, tinggi badan, turgor kulit, rambut apakah mudah dicabut atau tidak, ekstremitas edema atau tidak.

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:

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. Gangguan pola 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 menganalisa 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. Kritis adalah : saat-saat keadaan menuntut terlampaui banyak dari individu atau keluarga dalam hal penyesuaian maupun sumber daya mereka.

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

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

Scoring :

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

$$\frac{\text{skor}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

3. Jumlah skor untuk semua criteria, skor tertinggi 5 sama dengan seluruh bobot.

3.Rencana keperawatan

Rencana tindakan dari masing-masing diagnosa keperawatan:

1. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal KEP

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dapat mengenal tanda dan gejala KEP.

Kriteria hasil:

- a. Kognitif : keluarga mengatakan mampu menyatakan tanda dan gejala KEP
- b. Afektif : keluarga mampu meminimalkan terjadinya infeksi
- c. Psikomotor : keluarga mampu melakukan pencegahan infeksi

Perencanaan :

- a. Berikan informasi yang tepat.

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

- b. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang keluarga.

Rasional : untuk mengetahui harapan keluarga.

- c. Dorong sikap emosi yang sehat mendukung upaya masalah kesehatan.

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

2. Komunikasi keluarga disfungsi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat untuk segera berobat ke sarana kesehatan bila menderita KEP.

Tujuan :

setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dapat mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat.

Kriteria hasil :

- a. Kognitif : keluarga mengatakan mampu mengambil tindakan keputusan yang tepat.
- b. Afektif : keluarga mampu membuat rencana mengambil tindakan yang tepat.
- c. Psikomotor: keluarga mau pergi ke fasilitas kesehatan.

Perencanaan:

- a. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan.

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

- b. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga .

Rasional : identifikasi untuk mengetahui fasilitas-fasilitas yang dapat dipakai keluarga.

- c. Diskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.

Rasional : dengan mengetahui resiko yang diakibatkan 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 :

- a. Kognitif : keluarga mampu menyebutkan jenis makanan yang baik untuk anak KEP.
- b. Afektif : keluarga mampu membuat rencana mengola makanan yang sesuai diet.
- c. Psikomotor: keluarga dapat mengola makanan yang sesuai diet.

Perencanaan :

- a) Demonstrasikan cara perawatan.

Rasional : memberikan roleplay tentang perawatan yang benar bertujuan agar dapat dilakukan secara mandiri oleh keluarga.

- b) Gunakan alat-alat dan fasilitas yang ada dirumah.

Rasional : pemanfaatan barang-barang yang dimiliki dirumah dapat menghemat pengeluaran.

- c) Awasi keluarga dalam melakukan perawatan.

Rasional : mengawasi sementara keluarga dalam perawatan dapat membantu keluarga jika ada kesalahan dalam perawatan.

4. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan lingkungan (higenis 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 :

- a. Kognitif : keluarga mampu menyebutkan cara-cara meminimalkan terjadinya infeksi akibat lingkungan yang kurang sehat.
- b. Efektif : keluarga mampu membuat rencana membersihkan rumah setiap hari.
- c. Psikomotor : keluarga dapat mengolah lingkungan yang sehat.

Perencanaan :

- a) Temukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.

Rasional : menggunakan sumber-sumber dapat menghemat pengeluaran keluarga.

- b) Lakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.

Rasional : merubah lingkungan seoptimal mungkin dapat menimbulkan terjadinya infeksi.

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

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga diharapkan keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan.

Kriteria hasil :

1. Kognitif : keluarga mampu menyebutkan sumber-sumber yang ada dimasyarakat seperti dana kesehatan.

2. Afektif : keluarga mampu membuat rencana kontrol ke fasilitas kesehatan.
3. Psikomotor : keluarga mau pergi ke fasilitas kesehatan untuk kontrol.

Perencanaan :

- a) Kenalkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga.

Rasional : dengan menjelaskan fasilitas yang ada keluarga menggunakan dan mengenal fasilitas kesehatan dilingkungan.

- b) Bantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Rasional : dengan membantu keluarga menggunakan fasilitas diharapkan keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan.

4. pelaksanaan keperawatan

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

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

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap melakukan tindakan keperawatan, dan klien menyatakan respon dari tindakan tersebut. Setelah menyimpulkan respon klien yang diperoleh hasil berhasil atau tidak, dan memperbaharui rencana asuhan keperawatan yang selanjutnya.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional:

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

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

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.