

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Menurut Departemen Kesehatan RI (1988) yang dikutip oleh Effendy (1998), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Menurut Friedman (1998), keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Menurut Bailon dan Maglaya (1989) yang dikutip oleh Effendy (1998), keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan, atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Berdasarkan ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah suatu unit terkecil yang terdiri dari dua orang atau lebih yang tinggal di satu tempat/rumah, saling berinteraksi satu sama lain, mempunyai peran masing-masing dan mempertahankan suatu kebudayaan.

Definisi keluarga dikemukakan oleh beberapa ahli :

a. Reisner (1980)

Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak, kakek dan nenek.

b. Logan's (1979)

Keluarga adalah sebuah sistem sosial dan sebuah kumpulan beberapa komponen yang saling berinteraksi satu sama lain.

c. Gillis (1983)

Keluarga adalah sebagaimana sebuah kesatuan yang kompleks dengan atribut yang dimiliki tetapi terdiri dari beberapa komponen yang masing-masing mempunyai arti sebagaimana unit individu.

d. Duvall

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota.

e. Bailon dan Maglaya

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lainnya dalam perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

f. Johnson's (1992)

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, yang mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan orang yang lainnya.

g. Lancaster dan Stanhope (1992)

Dua atau lebih individu yang berasal dari kelompok keluarga yang sama atau yang berbeda dan saling menikutsertakan dalam kehidupan yang terus menerus, biasanya bertempat tinggal dalam satu rumah, mempunyai ikatan emosional dan adanya pembagian tugas antara satu dengan yang lainnya.

h. Jonasik and Green (1992)

Keluarga adalah sebuah sistem yang saling tergantung, yang mempunyai dua sifat (keanggotaan dalam keluarga dan berinteraksi dengan anggota yang lainnya).

i. Bentler et. Al (1989)

Keluarga adalah sebuah kelompok sosial yang unik yang mempunyai kebersamaan seperti pertalian darah/ikatan keluarga, emosional, memberikan perhatian/asuhan, tujuan orientasi kepentingan dan memberikan asuhan untuk berkembang.

j. National Center for Statistic (1990)

Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang berhubungan dengan kelahiran, perkawinan, atau adopsi dan tinggal bersama dalam satu rumah.

k. Spradley dan Allender (1996)

Satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional, dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas.

l. BKKBN (1992)

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami istri dan anaknya, atau ayah dengan anaknya, atau ibu dengan anaknya.

2. Struktur Keluarga

Menurut Effendy (1998) struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

- a. *Patrilineal* : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- b. *Matrilineal* : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. *Matrilokal* : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- d. *Patrilokal* : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- e. *Keluarga Kawinan* : adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

Menurut Friedman (1988) struktur keluarga terdiri atas:

a. Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi seperti : sender, chanel-media, message, environment dan receiver.

Komunikasi dalam keluarga yang berfungsi adalah:

1. Karakteristik pengirim yang berfungsi

Yakin ketika menyampaikan pendapat, jelas dan berkualitas, meminta feedback dan menerima feedback

2. Pengirim yang tidak berfungsi

Lebih menonjolkan asumsi (perkiraan tanpa menggunakan dasar/data yang obyektif), ekspresi yang tidak jelas (contoh: marah yang tidak diikuti ekspresi wajahnya) jugmental expressions, yaitu ucapan yang memutuskan/menyatakan sesuatu yang tidak didasari pertimbangan yang matang, tidak mampu mengemukakan kebutuhan dan komunikasi yang tidak sesuai

3. Karakteristik penerima yang berfungsi

Mendengar, feedback (klarifikasi, menghubungkan dengan pengalaman) dan memvalidasi

4. Penerima yang tidak berfungsi

Tidak bisa mendengar dengan jelas/gagal mendengar, diskualifikasi, offensive (menyerang bersifat negatif, kurang mengeksplorasi (miskomunikasi) dan kurang memvalidasi

5. Pola komunikasi di dalam keluarga yang berfungsi

Menggunakan emosional : marah, tersinggung, sedih, gembira, komunikasi terbuka dan jujur, hirarki kekuatan dan peraturan keluarga dan konflik keluarga dan penyelesaiannya

6. Pola komunikasi di dalam keluarga yang tidak berfungsi

Fokus pembicaraan hanya pada seseorang (tertentu), semua menyetujui (total agreement) tanpa adanya diskusi, kurang empati, selalu mengulang isu dan pendapat sendiri, tidak mampu memfokuskan pada satu isu, komunikasi tertutup, bersifat negatif dan mengembangkan gosip

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai istri/suami atau anak.

3. Tipe/Bentuk Keluarga

Keluarga merupakan salah satu bagian dari bidang garap dunia keperawatan, oleh karena itu supaya perawat bisa memberikan asuhan keperawatan dengan tepat, perawat harus memahami tipe keluarga yang ada

- a. *Keluarga Inti (Nuclear family)*, adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
- b. *Keluarga Besar (Extended Family)*, adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya, nenek, kakek, keponakan, sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.

- c. *Keluarga Berantai (Serial Family)* , adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari 1 kali dan merupakan satu keluarga inti.
- d. *Keluarga Duda/Janda (Single Family)*, adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- e. *Keluarga Berkomposisi (Composite)*, adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
- f. *Keluarga Kabitas (Cohabitation)*, adalah dua orang yang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

4. Struktur dan Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1992) adalah:

a. Fungsi afektif dan koping

Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress

b. Fungsi sosialisasi

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan feedback, dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga melahirkan anak, menumbuh-kembangkan anak dan meneruskan keturunan.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat

e. Fungsi fisik

Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

Fungsi keluarga menurut BKKBN (1992):

- a. Fungsi keagamaan : memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga yang lain dalam kehidupan beragama, dan tugas kepala keluarga untuk menanamkan bahwa ada kekuatan lain yang mengatur kehidupan ini dan ada kehidupan lain setelah di dunia ini.
- b. Fungsi sosial budaya : membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- c. Fungsi cinta kasih : memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga
- d. Fungsi melindungi : melindungi anak dari tindakan-tindakan yang tidak baik, sehingga anggota keluarga merasa terlindung dan merasa aman
- e. Fungsi reproduksi : meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memelihara dan merawat anggota keluarga
- f. Fungsi sosialisasi dan pendidikan : mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya, menyekolahkan anak, bagaimana keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik

- g. Fungsi ekonomi : mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa datang
- h. Fungsi pembinaan lingkungan

5. Tugas Pertumbuhan dan Perkembangan Keluarga

Keluarga sebagaimana individu berubah dan berkembang setiap saat. Masing-masing tahap perkembangan mempunyai tantangan, kebutuhan, sumber daya tersendiri, dan meliputi tugas yang harus dipenuhi sebelum keluarga mencapai tahap yang selanjutnya.

Menurut Duval tahap pertumbuhan dan perkembangan keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Tahap pembentukan keluarga
Dimulai dari pernikahan yang dilanjutkan dengan membentuk rumah tangga
- b. Tahap menjelang kelahiran anak
Tugas utama untuk mendapat kan keturunan sebagai generasi penerus, melahirkan anak merupakan kebanggaan bagi keluarga yang merupakan saat-saat yang sangat dinantikan
- c. Tahap menghadapi bayi
Keluarga mengasuh, mendidik dan memberikan kasih sayang kepada anak, karena pada tahap ini kehidupan bayi sangat tergantung pada kedua orangtuanya.

d. Tahap menghadapi anak prasekolah

Pada tahap ini anak mulai mengenal kehidupan sosialnya, sudah mulai bergaul dengan teman sebayanya, tetapi sangat rawan dengan masalah kesehatan. Anak sensitif terhadap pengaruh lingkungan dan tugas keluarga adalah mulai menanamkan norma-norma kehidupan, norma-norma agama, norma-norma sosial budaya.

e. Tahap menghadapi anak sekolah

Tugas keluarga adalah bagaimana mendidik anak, mengajari anak untuk mempersiapkan masa depannya, membiasakan anak belajar secara teratur, mengontrol tugas-tugas sekolah anak, dan meningkatkan pengetahuan umum anak.

f. Tahap menghadapi anak remaja

Tahap ini paling rawan, karena pada tahap ini anak akan mencari identitas diri dalam membentuk kepribadiannya, oleh karena itu suri tauladan dari kedua orangtua sangat diperlukan. Komunikasi dan saling pengertian antara kedua orang tua dengan anak perlu dipelihara dan dikembangkan.

g. Tahap melepas anak ke masyarakat

Melepas anak ke masyarakat dalam memulai kehidupannya yang sesungguhnya, dalam tahap ini anak akan memulai kehidupan berumah tangga

h. Tahap berdua kembali

Setelah anak besar dan menempuh kehidupan keluarga sendiri-sendiri, tinggallah suami istri berdua saja. Dalam tahap ini keluarga akan merasa

sepi, dan bila tidak dapat menerima kenyataan akan dapat menimbulkan depresi dan stress.

i. Tahap masa tua

Tahap ini masuk ke tahap lansia, dan kedua orang tua mempersiapkan diri untuk meninggalkan dunia fana ini.

6. Tahapan Keluarga Kejahtera Menurut Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN (1996) terdiri dari:

a. Prasejahtera

Keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal atau belum seluruhnya terpenuhi seperti: spiritual, pangan, sandang, papan, kesehatan dan KB

b. Sejahtera I

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologisnya seperti kebutuhan akan pendidikan, KB, interaksi dalam keluarga, interaksi lingkungan tempat tinggal, dan transportasi.

c. Sejahtera II

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya dan kebutuhan sosial psikologisnya tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangan, seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi

d. Sejahtera III

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar, sosial psikologis dan pengembangan, tetapi belum dapat memberikan sumbangan yang

teratur bagi masyarakat atau kepedulian sosialnya belum terpenuhi seperti sumbangan materi, dan berperan aktif dalam kegiatan masyarakat

e. Sejahtera III plus

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar, sosial psikologis dan pengembangan, dan telah dapat memberikan sumbangan yang teratur dan berperan aktif dalam kegiatan kemasyarakatan atau memiliki kepedulian sosial yang tinggi.

7. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut Freeman (1981) yang dikutip oleh Effendy (1998), yaitu :

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- c. Memberikan keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

2.2 Tinjauan Teori Medis

1. Pengertian KEP

KEP (kurang energi protein) adalah gangguan gizi yang disebabkan oleh kekurangan protein dan/atau kekurangan energi dengan manifestasi klinis (KEP berat) dalam tipe-tipe yakni: kwashiorkor, marasmus, atau tipe campuran (marasmik-kwashiorkor. Suraatmaja & soetjningsih, 2000 : 79).

Jeliffe (1959) menggolongkan kwashiorkor, marasmus, serta bentuk intermedietnya dalam suatu sindrom dan menamakannya *protein calori malnutrition*. Akhi-akhir ini lebih digunakan istilah ‘malnutrisi energi protein’(Rusepno hassan dkk, 2002)

KEP adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi (AKG)(wong, 2001)

Mac Laren dan kawan-kawan menggunakan sistim *scoring* dengan memberi angka pada berbagai gejala seperti berat badan yang kurang, edema, kelainan kulit, perubahan rambut, pembesaran hati dan kadar protein serum.

2. Pembagian KEP

1. KEP Ringan : BB/U 70-80% baku median WHO-NCHS, dalam grafik KMS berada pada pita kuning. KEP
2. Sedang : BB/U 60-70% baku median WHO-NCHS, dalam grafik KMS berada dibawah garis merah. (BGM).
3. KEP Berat : BB/U < 60% baku median WHO-NCHS, dalam KMS berada dibawah garis merah.(solihin, 2000)

KEP sedang dan berat dalam KMS tidak ada garis pemisah; keduanya berada di BGM dan disebut 'KEP Nyata'.

Tabel 2.1 Pembagian KEP Berat menurut Wellcome-Tust Party

Jenis KEP	Berat Badan/Umur	Sembab
Kwashiorkor	> 60%	+
Marasmus	< 60%	-
Marasmik-kwashiorkor	< 60%	+

Klasifikasi menurut WHO:

1. KEP ringan : > 80-90% BB ideal terhadap TB (WHO- CD)
2. KEP sedang : >70-80% BB ideal terhadap TB (WHO-CDC)
3. KEP berat : < 70% BB ideal terhadap TB (WHO-CDC)

3. Etiologi

1. Peranan diet

Menurut konsep klasik, diet yang mengandung cukup energi tetapi kurang protein akan menyebabkan anak menjadi penderita kwashiorkor, sedangkan diet kurang energi walaupun zat-zat gizi esensialnya seimbang akan menyebabkan anak menjadi menderita marasmus (Solihin, 2000).

2. Peranan faktor social

Pantangan untuk menggunakan bahan makanan tertentu yang sudah turun temurun dapat mempengaruhi terjadinya penyakit KEP. Faktor sosial lain yang dapat mempengaruhi terjadinya penyakit KEP adalah: perceraian pada wanita yang mempunyai banyak anak dan suami merupakan pencari nafkah tunggal, para pria dengan penghasilan kecil mempunyai banyak istri dan anak, sehingga tidak dapat memberi cukup makan anggota

keluarganya, para ibu mencari nafkah tambahan pada waktu-waktu tertentu, anak-anak terpaksa ditinggal dirumah sehingga jatuh sakit dan mereka tidak mendapat perhatian semestinya, para ibu setelah melahirkan kembali kepekerjaan tetap sehingga harus meninggalkan bayinya dari pagi sampai sore.

3. Peranan kepadatan penduduk

Dalam world food conference di roma 1974 telah dikemukakan bahwa meningkatnya jumlah penduduk yang cepat tanpa diimbangi dengan bertambahnya persediaan bahan makanan yang memadai merupakan sebab utama krisis pangan.

Mc laren 1982 memperkirakan bahwa marasmus terdapat dalam jumlah yang banyak pada daerah yang terlalu padatpenduduknya dengan keadaan higiene yang buruk

4. Peranan infeksi

Infeksi derajat apapun dapat memperburuk keadaan gizi. Malnutrisi, walaupun dalam keadaan ringan, mempunyai pengaruh negatif pada daya tahan tubuh terhadap infeksi. Ada kesinergisan antara malnutrisi dengan infeksi.

5. Peranan kemiskinan

KEP merupakan masalah negara-negara miskin dan terutama merupakan problema bagi golongan termiskin dalam masyarakat negara tersebut. Laporan Oda Advisory Committee on Protein tahun 1974 menganggap kemiskinan merupakan dasar penyakit KEP.

Penyebab KEP berdasarkan bagan sederhana yang disebut sebagai “model hirarki” yang akan terjadi setelah melalui 5 level yaitu level kesatu kekacauan/krisis kekeringan dan peperangan, level kedua kemiskinan dan kemunduran social, level ketiga kurang pangan, infeksi dan terlantar, level keempat anoreksia, dan level kelima malnutrisi / KEP (solihin, 2000)

4. Patofisiologi

Makanan yang tidak adekuat, akan menyebabkan mobilisasi berbagai cadangan makanan untuk menghasilkan kalori demi penyelamatan hidup, dimulai dengan pembakaran cadangan karbohidrat kemudian cadangan lemak serta protein dengan melalui proses katabolic.

Kalau terjadi stress katabolic (infeksi) maka kebutuhan akan protein akan meningkat, sehingga dapat menyebabkan defisiensi protein yang relative, kalau kondisi ini terjadi terus menerus maka akan menunjukkan manifestasi kwashiorkor ataupun marasmus.

Protein merupakan zat pembangun. Kekurangan protein dapat mengganggu sintesis protein dengan akibat gangguan pertumbuhan (penurunan motorik, penurunan berat badan, gangguan kognitif dll), atrofi otot, penurunan kadar albumin serum, Hb turun, jumlah aktivitas fagosit turun dan sintesis enzim turun (sudaryat, 2000).

5. Faktor Penyebab

Penyakit infeksi, tingkat pendapatan orang tua yang rendah, konsumsi energi yang kurang, perolehan imunisasi yang kurang, konsumsi protein yang kurang dan kunjungan Ibu ke Posyandu.

6. Tanda-tanda

Edema umumnya diseluruh tubuh terutama pada kaki, wajah membulat dan sembab, perubahan status mental, anak sering menolak jenis makanan, rambut berwarna kemerahan, kusam dan mudah dicabut, otot-otot mengecil, lebih nyata apabila diperiksa pada posisi berdiri dan duduk, anak lebih sering berbaring, sering disertai infeksi, anemia serta diare, gangguan kulit berupa bercak merah yang meluas dan berubah menjadi hitam terkelupas dan pandangan mata anak tampak sayu

7. KEP dalam keadaan berat KEP dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah defisiensi protein akibat terjadinya stress katabolic (infeksi).

a. Etiologi

Penyebab kemiskinan, pengetahuan mengenai penambahan makanan pada bayi dan anak, pemikiran yang salah, infeksi dan ibu kekurangan ASI.

b. Patofisiologi

Pada kwashiorkor yang klasik, gangguan metabolic dan perubahan sel menyebabkan edema dan perlemakan hati. Kelainan ini merupakan gejala yang menyolok. Pada penderita defisiensi protein, tidak terjadi katabolisme jaringan yang sangat berlebihan, karena persediaan energi dapat dipenuhi oleh jumlah kalori yang cukup dalam dietnya(abdoerahman, 1985).

Namun kekurangan protein dalam diet akan menimbulkan kekurangan berbagai asam amino esensial yang dibutuhkan untuk sintesis. Oleh karena

dalam diet terdapat cukup karbohidrat, maka produksi insulin akan meningkat dan sebagian asam amino dari dalam serum yang jumlahnya sudah kurang tersebut akan disalurkan ke otot. Berkurangnya asam amino dalam serum merupakan penyebab kurangnya pembentukan albumin oleh hepar, sehingga kemudian timbul edema(abdoerrahman, 1985).

Perlemakan hati terjadi karena gangguan pembentukan lipoprotein-beta sehingga transport lemak dari hati ke depot lemak juga terganggu dan akibatnya terjadi akumulasi lemak dalam hepar(abdoerrahman,1985).

c. Tanda dan Gejala

Pertumbuhan terganggu, berat badan dan tinggi badan kurang dibandingkan dengan anak sehat, perubahan mental (biasanya penderita cengeng dan pada stadium lanjut menjadi apatis), edema ringan maupun berat, gejala gastrointestinal (anoreksia, diare, hal ini mungkin karena gangguan fungsi hati, pancreas dan usus), intoleransi laktosa kadang-kadang ditemukan, perubahan rambut, kulit kering (crazi pavement dermatosis), hepatomegali, anemia ringan dan kelainan kimia darah (kadar albumin serum rendah, globulin tinggi) (solihin,2000).

b. Marasmus

Marasmus adalah kekurangan energi pada makanan yang menyebabkan cadangan protein.

a. Etiologi

Kegagalan menyusui anak, ibu meninggal anak diterlantarkan atau tidak dapat menyusui, terapi dengan puasa karena penyakit, tidak memulainya dengan makanan tambahan

b. Patofisiologi

Pada keadaan ini yang menyolok adalah pertumbuhan yang kurang atau terhenti disertai atrofi otot dan menghilangnya lemak dibawah kulit. Pada mulanya kelainan demikian merupakan proses fisiologis. Untuk kelangsungan hidup jaringan, tubuh memerlukan energi yang dapat dipenuhi oleh makanan yang diberikan, sehingga harus didapat dari tubuh sendiri, sehingga cadangan protein digunakan juga untuk memenuhi kebutuhan energi tersebut(abdoerrahman, 1985).

Penghancuran jaringan pada defisiensi kalori tidak saja membantu memenuhi kebutuhan energi, akan tetapi juga untuk memungkinkan sintesis glukosa dan metabolit esensial lainnya seperti asam amino untuk komponen homeostatik. Oleh karena itu marasmus berat, kadang-kadang masih ditemukan asam amino yang normal, sehingga hati masih dapat membentuk cukup albumin(abdoerrahman,1985).

c. Tanda dan gejala

Muka seperti orang tua, sangat kurus, tulang terbungkus kulit, cengeng dan rewel, kulit keriput, perut cekung dan sering disertai penyakit infeksi dan diare

8. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorik : Hb, albumin-globulin, serum ferritin, darah, air kemih, tinja, EKG, X-foto paru dan uji tuberculin
2. Antropometri : BB menurut umur, TB menurut umur, LLA(lingkar lengan atas) menurut umur, BB menurut TB, LLA menurut TB
3. Analisis diet (TKTP)

Depkes RI, berdasarkan temu pakar gizi di Bogor tanggal 19-21 Januari dan di Semarang 24-26 Mei 2000, merekomendasikan baku WHO-NCHS untuk digunakan sebagai baku antropometris di Indonesia sebagai berikut (Almatsier, 2004):

Tabel 2.2 Baku Antropometris menurut WHO-NCHS

Indeks	Simpangan Baku	Status gizi
BB/U	≥ 2 SD	Gizi lebih
	-2 SD sampai +2 SD	Gizi baik
	<-2 SD sampai -3 SD	Gizi kurang
	<-3 SD	Gizi buruk
TB/U	2 SD sampai +2 SD	Normal
	<-2 SD	Pendek
BB/TB	≥ 2 SD	Gemuk
	-2 SD sampai +2 SD	Normal
	<-2 SD sampai -3 SD	Kurus
	<-3 SD	Sangat kurus

9. Penatalaksanaan

Petunjuk dari WHO tentang pengelolaan KEP berat dirumah sakit dengan menetapkan 10 langkah tindakan pelayanan melalui 3 fase (stabilisasi, transisi dan rehabilitasi) dan dilanjutkan dengan fase 'follow up' sebagai berikut:

1. Fase Stabilisasi

Porsi kecil, rendah serat dan rendah laktosa, energi (100kkal/kgBB/hari), protein (1-1,5 g/kgBB/hari), cairan (130 ml/kgBB/hari (bila sembab berat: 100ml/kgBB.hari), teruskan ASI pada

anak menetek, bila selera makan baik dan tidak sebab pemberian makan bias dipercepat, pantau dan catat (jumlah cairan yang diberikan, yang tersisa; jumlah cairan yang keluar seperti muntah, frekuensi buang air, timbang BB/hari (sudrajat suratmaja, 2000)

2. Fase Transisi

Pemberian energi masih sekitar 100 kkal/kgBB/hari, pantau frekuensi nafas dan denyut nadi, bila nafas meningkat lebih dari 5 kali/menit dan nadi lebih dari 25 kali/menit dalam pemantauan tiap 4 jam berturutan, kurangi volume pemberian formula.

3. Fase Rehabilitasi

Beri makan/formula jumlah tidak terbatas dan sering TKTP, energi (150-220 kkal/kgBB/hari), protein (4-6g/kgBB/hari), ASI diteruskan, tambahkan makanan formula, pemantauan kecepatan pertambahan BB setiap minggu (timbang BB setiap hari sebelum makan).

4. Tindakan Khusus

1. Hipoglikemia : berikan bolus 50 ml glukosa 10% atau sukrosa secara oral/sonde nasogastrik
2. Hiponatremia : pakaikan anak selimut/letakan anak dekat lampu
3. Dehidrasi : cairan resomal/pengganti 5 ml/kgBB(sudrajat suratmaja, 2000)

10. Komplikasi

Noma atau stomatitis gangrainosa merupakan pembusukan mukosa mulut yang bersifat progresif hingga dapat menembus pipi, bibir, dan dagu, penyakit infeksi, dehidrasi sedang dan berat, defisiensi vit A dan anemia berat (sudaryat suratmaja, 2000)

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Kasus KEP

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identifikasi Data

Nama, umur, jenis kelamin, agama, nama anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, alamat tempat tinggal keluarga dan diagnose keperawatan

2. Komposisi keluarga

Umur penderita yang sering terjadi kurang energi protein pada usia balitan di bawah 5 tahun (Ngastiyah 2005).

3. Tipe keluarga

Garis keturunan atau silsilah keluarga dari tiga generasi apakah ada yang menderita kurang energi protein sebelumnya

4. Latar belakang budaya

Adat istiadat di tempat tinggal keluarga, suku bangsa, agama, sosial, budaya, rekreasi, kegiatan pendidikan, kebiasaan makan dan berpakaian. Adanya pengaruh budaya pada peran keluarga dan kekuatan struktur, bentuk rumah, bahasa yang digunakan sehari-hari, komunikasi dalam keluarga, penggunaan tempat pelayanan kesehatan.

5. Pola spiritual

Agama yang dianut dalam keluarga dan kegiatan agama yang diikuti.

6. Status sosial ekonomi budaya

Penghasilan keluarga yang dapat menyebabkan kurang energi protein karena keadaan gizi menurun dan daya tahan tubuh semua anggota keluarga rendah. Sehingga kemungkinan terserang kurang energi protein sangat besar. Sedangkan kurang energi protein memerlukan perawatan yang lama, rutin, dan biaya untuk pengobatan.

7. Pendidikan

Keadaan ekonomi yang rendah sangat berkaitan dengan masalah pendidikan, ini disebabkan karena ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi dan kurangnya pengetahuan tentang masalah kurang energi protein pada salah satu anggota keluarga, sehingga tidak mampu merawat balita dengan baik yang mengakibatkan kondisi bertambah buruk, dan timbul komplikasi.

8. Aktivitas rekreasi keluarga

Identifikasi aktivitas dalam keluarga, frekuensi aktivitas tiap anggota keluarga dan penggunaan waktu senggang.

9. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan setiap anggota keluarga dari yang usia bayi sampai lanjut usia.

10. Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat kesehatan dalam keluarga adakah anggota keluarga yang pernah menderita penyakit kronis, penyakit menular atau penyakit yang sifatnya hereditas, dan riwayat gangguan tumbuh kembang

11. Pengkajian Lingkungan

- a. Karakteristik rumah
- b. Lingkungan : lingkungan sangat mempengaruhi pada pasien kurang energi protein lingkungan dengan ekonomi keluarga menengah kebawah
- c. Macam lingkungan tempat tinggal yang sempit, padat, sanitasi yang tidak terjaga, lingkungan dengan keluarga ekonomi menengah ke bawah.
- d. Mobilitas geografis keluarga, status rumah yang dihuni oleh keluarga apakah rumah sendiri atau menyewa, sudah berapa lama tinggal di daerah tersebut, dan pindah dari daerah mana.
- e. Interaksi keluarga dengan masyarakat

12. Fasilitas sosial dan kesehatan

Tingkat ekonomi yang rendah dapat mengakibatkan sulitnya pengobatan dan pemenuhan gizi pada balita serta ketidakefektifnya keluarga dalam mengunjungi pelayanan kesehatan yang ada .

13. Fasilitas transportasi

Transportasi merupakan sarana yang penting dan sangat diperlukan agar penderita mendapatkan pelayanan kesehatan dengan segera. Ketiadaan sarana transportasi menjadikan masyarakat enggan berkunjung ke pelayanan kesehatan sehingga kondisi akan semakin memburuk.

14. Sistem pendukung dalam keluarga

Dukungan keluarga untuk meningkatkan status gizi pada balita sangat penting karena kebutuhan gizi anak dapat di penuhi dengan dukungan dari keluarga yang sangat peduli dengan gizi anak

15. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi

Bahasa yang digunakan dalam percakapan sehari-hari di dalam keluarga dan waktu yang sering digunakan untuk berkomunikasi.

b. Struktur peran

Apakah keluarga sudah menjalankan perannya dalam menjalankan fungsinya, struktur kekuatan keluarga sejauh mana keluarga mampu mengambil keputusan dengan tepat dalam mengatasi masalah kurang energi protein yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya

16. Fungsi Keluarga

a. Fungsi afektif

Perlindungan psikologis dan rasa aman sangat di butuhkan oleh penderita kurang energi protein karena gangguan mental berupa cengeng yang sebabnya di duga karena rasa lapar dan sakit di seluruh tubuhnya. Keadaan cengeng ini walaupun di beri makan anak terus merengek terutama pada malam hari. Keadaan demikian seharusnya sudah perlu pengobatan dan pengawasan dokter. (Ngastiyah ,264:2005)

b. Fungsi sosialisasi Fungsi afektif

Tugas keluarga dalam menjalankan fungsi ini adalah bagaimana keluarga mempersiapkan anggota keluarganya menjadi anggota

masyarakat yang baik, mampu menyesuaikan diri dan dapat berinteraksi dengan lingkungan (Effendy, Nasrul, 1998).

c. Fungsi kesehatan

1. Mengenal masalah kesehatan

Tugas keluarga dalam menjalankan fungsi ini adalah sejauh mana pengetahuan keluarga tentang masalah kesehatan yang terjadi dalam keluarga dalam hal ini kurang energi protein.

2. Pola nutrisi

Pada anak dengan kurang energi protein di sebabkan oleh nafsu makan yang menurun yang juga di karenakan gangguan pada saluran cerna . Jika ada anggota keluarga yang menderita kurang energi protein, maka keluarga harus memperhatikan gizi yaitu tinggi kalori tinggi protein, serta konsumsi makanan yang kaya karbohidrat, lemak dan protein. Anak dapat dikatakan kurang nutrisi bila dilakukan perhitungan dengan standar baku menggunakan rumus $Z\text{-score} = \frac{N \text{ riil} - \text{median}}{\text{SD}}$ upper atau $\text{SD lower} = 8,5 - 10,8$
 $= -2,09$ masuk dalam kategori kurang gizi 1,10

3. Pola aktivitas

Anak dengan kurang energi protein dalam beraktivitas sangat kurang karena disebabkan oleh asupan nutrisi sehingga mengakibatkan kurangnya energi pada anak, anak menjadi lemas dan malas dalam beraktivitas.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit-penyakit infeksi yang pernah diderita oleh keluarga, misalnya tuberculosis, hepatitis, diare dan penyakit kulit.

5. Pelayanan kesehatan yang pernah diterima

Pelayanan kesehatan yang pernah di terima yaitu posyandu karena di posyandu keluarga dapat mengukur berat badan anak sehingga dapat mengetahui penurunan berat badan balita dan dapat mengetahui balita tersebut mengalami kurang energi protein atau tidak .

6. Persepsi terhadap pelayanan kesehatan

Kurang aktifnya keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga mengenai kesehatan terutama kurang energi ppritein.

17. Pemeriksaan Fisik Pada Anak dengan KEP

a. Status kesehatan umum

Perlu dikaji tentang kesadaran klien, gelisah, tekanan darah, nadi, frekuensi pernapasan yang meningkat, riwayat berta badan pada saat lahir, riwayat imunisasi, riwayat tumbuh kembang (motorik halus dan kasar, sensoris, respon verban, keadaan psikososial) (Laura A. T.; 1995, Karnen B ;19983).

b. Kepala.

Dikaji tentang bentuk kepala, simetris adanya penonjolan, riwayat trauma, adanya keluhan sakit kepala atau pusing, vertigo kelang ataupun hilang kesadaran.(Laura A.Talbot;1995).

c. Mata

Adanya penurunan ketajaman penglihatan akan menambah stres yang di rasakan klien. Serta riwayat penyakit mata lainnya (Laura A. Talbot ; 1995))

d. Hidung

Adanya pernafasan menggunakan cuping hidung, rinitis alergi dan fungsi olfaktori (Karnen B.;1994, Laura A. Talbot;1995)

e. Mulut dan laring

Dikaji adanya perdarahan pada gusi. Gangguan rasa menelan dan mengunyah, dan sakit pada tenggorok. (Karnen B.:1994)).

f. Leher

Dikaji adanya nyeri leher, kaku pada pergerakan, pembesaran tiroid serta penggunaan otot-otot pernafasan (Karnen B.;1994).

g. Thorak

Inspeksi

Dada di inspeksi terutama postur bentuk dan kesimetrisan adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot Interkostalis, sifat dan irama pernafasan serta frekwensi pernafasan.(Karnen B.;1994, Laura A.T.;1995).

Palpasi.

Pada palpasi di kaji tentang kosimetrisan, ekspansi dan taktil fremitus (Laura A.T.;1995).

Perkusi

Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah. (Laura A.T.;1995).

Auskultasi.

Terdapat suara vesikuler yang meningkat disertai dengan expirasi lebih dari 4 detik atau lebih dari 3x inspirasi, dengan bunyi pernafasan dan Wheezing. (Karnen B .;1994).

h. Kardiovaskuler.

Jantung di kaji adanya pembesaran jantung atau tidak, bising nafas dan hyperinflasi suara jantung melemah. Tekanan darah dan nadi yang meningkat serta adanya pulsus paradoksus, (Robert P.;1994, Laura A. T.;1995).

i. Abdomen.

Perlu di kaji tentang bentuk, turgor, nyeri, serta tanda-tanda infeksi karena dapat merangsang serangan gastrointestinal, serta adanya konstipasi karena kurang nutrisi (Hudak dan Gallo;1997, Laura A.T.;1995).

j. Integumen

Dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, mengelupas atau bersisik, perdarahan, pruritus, enseim, serta adanya bekas atau tanda urtikaria atau dermatitis pada rambut di kaji warna rambut, kelembaban dan kusam. (Karnen B ;1994, Laura A. Talbot; 1995).

k. Ekstrimitas.

Di kaji adanya edema extremitas, tremor dan tanda-tanda infeksi pada extremitas (Laura A.T.;1995).

l. Pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mengetahui cairan elektrolit

m. Analisa data

Data yang dikumpulkan harus dianalisa untuk menentukan masalah klien. Analisa data merupakan proses intelektual yang meliputi pengelompokan data, mengidentifikasi kesenjangan dan menentukan pola dari data yang terkumpul serta membandingkan susunan atau kelompok data dengan standart nilai normal, menginterpretasikan data dan akhirnya membuat kesimpulan. Hasil dari analisa adalah pernyataan masalah keperawatan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga terhadap masalah kesehatan aktual, resiko atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

Tahap dalam diagnosa keluarga meliputi analisa data, perumusan masalah dan prioritas masalah

1. Analisa data

Setelah data terkumpul (dalam format pengkajian) maka selanjutnya dilakukan analisa data yaitu mengkaiykan data dan menghubungkan dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah dan keperawatan keluarga.

Cara analisa data :

- a. Validasi data
- b. Mengelompokkan data
- c. Membandingkan dengan standart
- d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan

Dalam proses analisa, data dikelompokkan menjadi 2 yaitu data subjektif dan data objektif

2. Perumusan masalah

Perumusan masalah keperawatan keluarga dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan keluarga meliputi problem, etiologi dan sign/simpton.

3. Prioritas masalah

Untuk prioritas masalah terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Maglaya) sebagai berikut :

- a. Tentukan skor untuk tiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- d. Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Tabel 2.3 Skala Prioritas Masalah (Baylon dan Maglaya)

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah		
	- Tidak / kurang sehat	3	1
	- Ancaman kesehatan	2	
	- Keadaan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	- Mudah	2	2
	- Sebagian	1	
	- Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	- Tinggi	3	1
	- Cukup	2	
	- Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		
	- Masalah berat harus segera ditangani	2	1
	- Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
	- Masalah tidak dirasakan	0	

perawatan keluarga menurut NANDA 1995 adalah sebagai berikut :

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga untuk melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit
2. Perubahan pemeliharaan kesehatan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit kurang energi protein
3. Perubahan pemeliharaan lingkungan rumah (Higienis lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga untuk memelihara hgiene rumah
4. Kurang pengetahuan tentang penyakit yang diderita oleh salah satu anggota keluarga berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.
5. Resiko terjadi infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah untuk menyelesaikan permasalahan lingkungan disekitar rumah (paparan ageninfeksi, kondisi hidup kurang bersih)
6. Perubahan penampilan peran keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit KEP
7. Perubahan dalam proses keluarga (dampak adanya orang yang sakit terhadap keluarga) berhubungan dengan perubahan dalam kemampuan keluarga untuk berfungsi terhadap anggota keluarga yang sakit
8. Potensial peningkatan menjadi orang tua berhubungan dengan kurangnya model yang tersedia

9. Ketidapatuhan keluarga terhadap intruksi tenaga kesehatan berhubungan dengan kerusakan kemampuan untuk melakukan tugas-tugas karena ketidakmampuan sekunder (misal ingatan yang memburuk)

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga untuk melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Tujuan : Keluarga mampu memahami faktor-faktor dan penanganan pada masalah tumbuh kembang serta mampu meningkatkan perawatan pada salah satu anggota keluarga yang menderita KEP

Kriteria hasil

Keluarga dapat mendemonstrasikan perawatan terhadap keluarga yang mengalami gangguan tumbuh kembang dan menunjukkan adanya peningkatan secara fisik dari keluarga yang sakit dan fungsi (berat badan/umur normal, perilaku sosial, bahasa, kognitif, aktifitas motorik sesuai dengan kelompok umur)

Intervensi

- a. Kaji faktor penyebab atau penunjang (misal kurang pengetahuan, penyakit akut atau kronis, perubahan lingkungan dan stimulasi tidak adekuat)
- b. Ajarkan pada keluarga tentang tugas pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan kelompok usia

- c. Dengan cermat kaji tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak dalam seluruh area fungsi menggunakan alat-alat pengkajian yang spesifik (misal, tabel pengkajian Brazelton, DDST perangkat skrining perkembangan denver)
 - d. Ajarkan pada keluarga tentang hal-hal yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan (misal makanan dan stimulus yang sesuai dengan kelompok umur)
 - e. Lakukan penyuluhan tentang tumbuh kembang pada anak sesuai dengan kelompok umur (pengertian, faktor, tanda, dampak dan pemeliharannya)
 - f. Anjurkan keluarga untuk membawa anggota keluarganya yang sakit ke petugas kesehatan (minimal 1 minggu sekali)
2. Perubahan pemeliharaan kesehatan keluarga barhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit KEP dan pemeliharannya

Tujuan : Keluarga mampu mengenal masalah dan malakukan perawatan sehari hari

Kriteria hasil

- Keluarga mampu menyebutkan pengertian penyakit KEP
- Keluarga mampu menyebutkan penyebab penyakit KEP
- Keluarga mampu menyebutkan tanda-tanda penyakit KEP
- Keluarga mampu menyebutkan dampak penyakit KEP
- Keluarga mampu memelihara/ merawat anaknya yang menderita penyakit KEP

Intervensi

- a. Kaji faktor-faktor penyebab dan penunjang (kurang pengetahuan, komposisi makanan yang tidak seimbang, lemahnya ekonomi dsb)
 - b. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit KEP
 - c. Lakukan penyuluhan tentang penyakit KEP (pengertian, penyebab/faktor, tanda gejala, dampak dan pemeliharaan penyakit KEP)
 - d. Berikan kesempatan keluarga untuk menanyakan materi yang belum dipahami
 - e. Beri pujian terhadap kemampuan keluarga dalam memahami materi yang diberikan
 - f. Berikan penjelasan ulang bila ada materi yang belum dipahami
 - g. Evaluasi ulang tingkat pengetahuan keluarga tentang KEP setelah diberi penyuluhan
3. Perubahan pemeliharaan lingkungan rumah (Hiegiene lingkungan) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga untuk memelihara hiegiene rumah

Tujuan : Keluarga mampu memelihara hiegiene rumah dan mampu mengedentifikasi faktor-faktor yang membatasi penatalaksanaan

Kriteria hasil

- Keluarga dapat mengedentifikasi faktot-faktor yang membatasi perawatan rumah
- Keluarga dapat menampilkan berbagai keterampilan yang perlu sekali untuk merawat rumah

- Keluarga mengungkapkan rasa puasnya dengan situasi yang ada dirumah

Intervensi

- a. Tentukan dengan keluarga informasi yang dibutuhkan untuk dipikirkan dan dipelajari
 - b. Tentukan jenis peralatan yang dibutuhkan, pertimbangan ketersediaan, biaya dan daya tahannya.
 - c. Tentukan jenis-jenis bantuan yang diperlukan (misal makanan, tugas-tugas rumah, transportasi) dan bantu individu untuk mendapatkannya.
 - d. Berikan penyuluhan tentang rumah sehat
 - e. Atur untuk kunjungan rumah
4. Kurang pengetahuan tentang penyakit KEP yang diderita oleh salah satu anggota keluarga berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.

Tujuan : Keluarga mampu mengenal penyakit KEP yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya dan melakukan perawatan sehari-hari

Kriteria hasil

- Keluarga mampu menyebutkan pengertian penyakit KEP
- Keluarga mampu menyebutkan penyebab penyakit KEP
- Keluarga mampu menyebutkan tanda-tanda penyakit KEP
- Keluarga mampu menyebutkan dampak penyakit KEP
- Keluarga mampu merawat anaknya yang menderita KEP

Intervensi

- a. Kontrak waktu dengan keluarga
 - b. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit KEP
 - c. Berikan penjelasan kepada keluarga tentang penyakit KEP
 - d. Berikan kesempatan pada keluarga untuk menanyakan materi yang telah disampaikan
 - e. Beri pujian terhadap kemampuan keluarga dalam memahami materi yang diberikan
 - f. Berikan penjelasan ulang bila ada materi yang belum dipahami
 - g. Evaluasi secara singkat terhadap topik yang diberikan
 - h. Pantau respon keluarga terhadap materi yang diberikan
5. Resiko terjadi infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah untuk menyelesaikan permasalahan lingkungan disekitar rumah (paparan ageninfeksi, kondisi hidup kurang bersih)

Tujuan : Keluarga mampu menganal faktor-faktor terjadinya infeksi dan dapat mencegahnya dari timbulnya infeksi

Kriteria hasil

- Keluarga mampu mendemonstrasikan penataan lingkungan rumah
- Keluarga mampu menyebutkan faktor-faktor terjadinya infeksi

Intervensi

- a. Kaji lingkungan yang rawan dengan timbulnya infeksi
- b. Tentukan sumber-sumber infeksi yang berkaitan dengan proses penyakit KEP

- c. Beri penjelasan pada kelurga tentang faktor-faktor yang menyebabkan infeksi (baik dari aspek lingkungan fisik ataupun aspek pola hidup)
 - d. Libatkan kelurga dalam mendemonstrasikan lingkungan bebas infeksi dan pola hidup yang sehat
6. Perubahan penampilan peran keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit KEP

Tujuan : Keluarga mampu berperan untuk merawat anggota yang sakit
KEP

Kriteria hasil

- Keluarga lebih aktif untuk merawat anggota keluarga yang sakit
- Keluarga mempertahankan sistem fungsional saling mendukung setiap keluarga
- Keluarga lebih aktif lagi dalam mencari sumber-sumber yang tepat apabila diperlukan
- Keluarga menyadari akan pentingnya peran keluarga dalam mempertahankan derajat kesehatan terhadap anggota keluarganya

Intervensi

- a. Kaji peran kesehatan keluarga terhadap salah satu anggota keluarga yang mempunyai penyakit KEP
- a. Kaji kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga yang mempunyai penyakit KEP
- b. Kaji minat keluarga terhadap pemanfaatan fasilitas-fasilitas kesehatan

- b. Berikan penjelasan tentang perawatan pada anggota keluarga yang menderita penyakit KEP
 - c. Demotrasikan cara merawat anggota keluarga yang sakit KEP
 - d. Berikan pada keluarga untuk menanyakan materi yang belum dipahami
 - e. Beri pujian terhadap kemampuan keluarga dalam memahami materi yang diberikan
 - f. Berikan penjelasan ulang bila ada materi yang belum dipahami
 - g. Evaluasi secara singkat terhadap topik yang diberikan
 - h. Pantau respon keluarga terhadap materi yang diberikan
7. Perubahan dalam proses keluarga (dampak adanya orang yang sakit terhadap keluarga) berhubungan dengan perubahan dalam kemampuan anggota keluarga untuk berfungsi, kehilangan yang berkaitan dengan kemiskinan

Tujuan : Keluarga tetap normal dan sportif dalam menjalankan fungsinya secara efektif

Kriteria hasil

- Keluarga lebih aktif untuk merawat anggota keluarga yang sakit
- Keluarga mempertahankan sistem fungsional saling mendukung setiap keluarga
- Keluarga lebih aktif lagi dalam mencari sumber-sumber yang tepat apabila diperlukan
- Keluarga menyadari akan pentingnya peran keluarga dalam mempertahankan derajat kesehatan terhadap anggota keluarganya

Intervensi

- a. Bantu keluarga dalam menghadapi kekwatiran dalam menghadapi situasi
 - b. Ciptakan lingkungan keluarga yang kondusif
 - c. Akui kekuatan yang ada pada keluarga bila tepat
 - d. Libatkan anggota keluarga dalam perawatan pada anggota keluarga yang sakit
 - e. Dorong keluarga untuk mengungkapkan rasa bersalah dan mengenal lebih lanjut perasaan-perasaannya dalam anggota keluarga
 - f. Berikan pada keluarga panduan mengantisipasi jika dari salah satu keluarga ada yang sakit
8. Potensial peningkatan menjadi orang tua berhubungan dengan kurangnya model peran yang tersedia

Tujuan : Keluarga mengungkapkan perasaannya menjadi orang tua dan memahami peran menjadi orang tua

Kriteria hasil

- Keluarga mengungkapkan perasaannya dan menceritakan berkenan menjadi orang tua
- Keluarga dapat mengidentifikasi faktor yang mengganggu menjadi orang tua
- Keluarga dapat menggambarkan tindakan disiplin untuk menjadi orang tua

- Keluarga dapat mengidentifikasi sumber yang tersedia untuk bantuan dalam peran menjadi orang tua

Intervensi

- a. Berikan dorongan untuk menceritakan kesulitan menjadi orang tua
 - b. Berikan informasi tentang hal-hal yang harus dilakukan sebagai orang tua.
 - c. Amati interaksi orang tua atau peran orang tua yang diberikan pada anak
 - d. Mendemonstrasikan model peran sebagai orang tua
 - e. Libatkan orang tua pada saat memerankan dan merawat anak
 - f. Gali harapan orang tua pada anak dan bedakan antara yang realistis dari yang tidak realistis
 - g. Bicarakan teknik positif menjadi orang tua (misal gunakan kontak mata yang baik, kontak fisik yang mengandung kasih sayang dsb)
 - h. Bicarakan sumber-sumber yang tersedia (misal konseling, komunitas pelayanan sosial, kelas menjadi orang tua)
9. Ketidapatuhan keluarga terhadap intruksi tenaga kesehatan berhubungan dengan kerusakan kemampuan untuk melakukan tugas-tugas karena ketidakmampuan sekunder (misal ingatan yang memburuk)

Tujuan : Keluarga diharapkan mampu menjalankan intruksi dari tenaga kesehatan sesuai dengan tujuan perbaikan pada salah satu anggota keluarga yang sakit

Kriteria hasil

- Keluarga menunjukkan pengalamannya yang menyebabkan ketidakpatuhan
 - Keluarga menyebutkan faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan
 - Keluarga dapat mendemonstrasikan pilihan yang tepat sesuai dengan kemampuan keluarga untuk dipatuhi
 - Keluarga dapat komenmen terhadap pilihan yang telah ditentukan untuk dipatuhi
- a. Jelaskan pada keluarga pentingnya mematuhi saran yang diberikan oleh tenaga kesehatan demi kesehatan anggota keluarga
 - b. Kaji metode disiplin yang lazim untuk kesesuaian dan kepatuhan
 - c. Sampaikan pada keluarga pentingnya mengikuti intruksi yang telah diberikan demi kebaikan pada anggota keluarga
 - d. Gali faktor yang menghambat keluarga untuk mematuhi intruksi
 - e. Tentukan kemampuan keluarga untuk menerima dan memahami intruksi
 - f. Berikan intruksi pada keluarga yang sesuai dengan kemampuan keluarga
 - g. Evaluasi kemampuan keluarga dalam menjalankan intruksi

2.3.4 Pelaksanaan Intervensi Keperawatan Keluarga

Tahap pelaksanaan intervensi ini diawali dengan penyelesaian perencanaan perawatan. Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang ; individu atau keluarga, perawat dan anggota team kesehatan.

Tipologi pelaksanaan intervensi keperawatan menurut Freeman's (1970) yang dikutip oleh Sulisty A (2012) mengklarifikasikan pelaksanaan intervensi keperawatan sebagai berikut :

1. Supplemental

Perawat berlaku sebagai pemberi pelayanan perawatan langsung dengan mengintervensi bidang-bidang keluarga tidak bisa melakukannya.

2. Fasilitatif

Dalam hal ini perawat menyingkirkan halangan-halangan terhadap pelayanan-pelayanan yang tidak diperlukan, seperti pelayanan medis, kesejahteraan sosial, transportasi dan pelayanan kesehatan dirumah.

3. Perkembangan

Perawat membantu keluarga dalam memanfaatkan sumber-sumber keluarga dan dukungan sosial sehingga tindakan keperawatan bersifat mandiri/bertanggungjawab atas kesehatannya sendiri.

Sedangkan menurut Wright dan Leahey (1984) yang dikutip oleh Sulisty A (2012) mengklarifikasikan pelaksanaan intervensi keperawatan sebagai berikut :

1. Kognitif

Pelaksanaan intervensi diarahkan pada aspek kognitif pada fungsi keluarga, yang meliputi pemberian informasi, gagasan baru tentang suatu keadaan dan mengemukakan pengalaman.

2. Afektif

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

3. Perilaku

Pelaksanaan intervensi diarahkan untuk membantu keluarga berinteraksi/bertingkah laku, berkomunikasi secara efektif dengan anggota keluarga lainnya yang sifatnya berbeda.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

Faktor yang perlu dievaluasi dalam asuhan keperawatan keluarga bisa meliputi beberapa ranah yaitu :

1. Ranah kognitif

Lingkup evaluasi pada ranah kognitif ini menitiktekan pada pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang masalahnya.

2. Ranah afektif

Hal ini bisa melihat ketika perawat melakukan wawancara dengan keluarga. Dalam hal ini perawat bisa mengamati ekspresi wajah, nada suara, isi pesan yang disampaikan dsb.

3. Ranah psikomotor

Dapat dilakukan dengan melihat bagaimana keluarga melakukan tindakan yang sudah direncanakan, apakah sesuai atau sebaliknya tidak sesuai dengan harapan.