

BUKU AJAR

• KEPERAWATAN KELUARGA •

Dilengkapi RISET dan PRAKTIK

Ns. Tri Wahyuni, S. Kep. M. Kep
Ns. Parliani, MNS
Dwiva Hayati, S. Kep



CV Jejak, 2021

Buku Ajar Keperawatan Keluarga

Dilengkapi Riset & Praktik

Copyright © CV Jejak, 2021

Penulis:

Ns. Tri Wahyuni, S. Kep, M. Kep;

Ns. Parliani, MNS

Dwiva Hayati, S. Kep

ISBN 978-623-338-207-6

ISBN 978-623-338-208-3 (PDF) ; Edisi Digital, 2021

Editor:

Resa Awahita

Penyunting dan Penata Letak:

Tim CV Jejak

Desain Sampul:

Freepik

Penerbit:

CV Jejak, anggota IKAPI

Redaksi:

Jln. Bojong genteng Nomor 18, Kec. Bojong genteng

Kab. Sukabumi, Jawa Barat 43353

Web : www.jejakpublisher.com

E-mail : publisherjejak@gmail.com

Facebook : Jejak Publisher

Twitter : @JejakPublisher

WhatsApp : +6281774845134

Cetakan Pertama, Juli 2021

111 halaman; 14 x 20 cm

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku dalam
bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari
penerbit maupun penulis

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. atas berkat limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga **Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dilengkapi Riset dan Praktik** telah dapat diselesaikan. Buku ajar ini adalah sebagai pedoman bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan di dalam penulisan karya ilmiah serta memberikan petunjuk praktis agar mahasiswa mendapatkan gambaran dengan secara jelas dalam penyelesaian ataupun penyusunan penulisan tersebut.

Kami menyadari masih terdapat banyak kekurangan dalam buku ini. Untuk itu, kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan buku ini sangat diharapkan. Dan semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa khususnya dan bagi semua pihak dari segala lapisan yang membutuhkan.

Pontianak, 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
BAB 1 KONSEP KELUARGA	5
1. Pengertian Keluarga	5
2. Fungsi Keluarga	7
3. Ciri-ciri Keluarga	11
4. Struktur Keluarga	11
5. Tipe Keluarga	14
BAB 2 KEPERAWATAN KELUARGA	20
1. Tingkatan keperawatan Keluarga	20
2. Tahapan Perkembangan Keluarga	21
3. Tugas Perkembangan Setiap Tahapan Keluarga	22
4. Proses Keperawatan Keluarga	28
5. Teori dan Model Keperawatan Keluarga	39
6. Teori Terapi Keluarga	45
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN TBC	51
1. Pengkajian, Diagnosis, Skoring, Intervensi, dan Implementasi	51
DAFTAR PUSTAKA	99
TENTANG PENULIS	103

BAB 1

KONSEP KELUARGA

1. Pengertian Keluarga

- Keluarga adalah sebagai sebuah sistem sosial kecil yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang sangat saling bergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal maupun eksternalnya (Friedman, 2010).
- Keluarga adalah salah satu aspek terpenting dari perawatan. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan *entry point* dalam upaya mencapai kesehatan masyarakat secara optimal. Keluarga juga disebut sebagai sistem sosial karena terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Dalam hal ini, keluarga mempunyai anggota yang terdiri dari ayah, ibu dan anak atau sesama

individu yang tinggal di rumah tangga tersebut (Andarmoyo, 2012).

- Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2014).

Sehingga menjadi penting penting dalam membutuhkan pelayanan kesehatan seperti halnya individu yang dapat melakukan tugas sesuai perkembangannya. Tingkat kesehatan individu berkaitan dengan tingkat kesehatan keluarga begitu juga sebaliknya tingkat kesehatan keluarga dapat mempengaruhi derajat kesehatannya. Untuk itu, jika terdapat disfungsi pada keluarga maka akan berdampak pada satu atau lebih anggota keluarga bahkan keseluruhan keluarga sehingga diperlukan keperawatan keluarga yang merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus

pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Depkes RI, 2010).

2. Fungsi Keluarga

Friedman (2010) menjelaskan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai segala tujuan. Berikut adalah secara umum fungsi keluarga menurut Friedman:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga berhubungan dengan fungsi-fungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial bagi para anggotanya. Keberhasilan fungsi afektif dapat dilihat melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mampu mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Adanya masalah yang timbul dalam keluarga dikarenakan fungsi afektif yang

tidak terpenuhi. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk fungsi afektif antara lain:

1. Memelihara saling asuh (*mutual nurturance*)

Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan saling menerima, dan saling mendukung antar anggota. Setiap anggota yang mendapat kasih sayang dan dukungan dari anggota lain, maka kemampuan untuk memberi akan meningkat, sehingga tercipta hubungan yang hangat dan mendukung. Syarat untuk mencapai keadaan saling asuh adalah komitmen dari individu masing-masing dan hubungan yang terjaga dengan baik di dalam keluarga.

2. Keseimbangan Saling Menghargai

Adanya sikap saling menghargai dengan mempertahankan suasana yang positif dimana setiap anggota keluarga diakui serta dihargai keberadaan dan haknya masing-masing, sehingga fungsi afektif akan tercapai. Tujuan utama dari pendekatan ini ialah keluarga harus menjaga suasana dimana harga diri dan hak masing-masing anggota keluarga dijunjung tinggi. Keseimbangan saling menghargai dapat tercapai apabila setiap anggota keluarga

menghargai hak, kebutuhan, dan tanggung jawab anggota keluarga lain.

3. Pertalian dan Identifikasi

Kekuatan yang besar dibalik persepsi dan kepuasan dari kebutuhan individu dalam keluarga adalah pertalian (*bonding*) atau kasih sayang (*attachment*) yang digunakan secara bergantian. Kasih sayang antara ibu dan bayi yang baru lahir sangatlah penting karena interaksi dari keduanya akan mempengaruhi sifat dan kualitas hubungan kasih sayang selanjutnya, hubungan ini mempengaruhi perkembangan psikososial dan kognitif. Oleh karena itu, perlu diciptakan proses identifikasi yang positif dimana anak meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

4. Keterpisahan dan Kepaduan

Salah satu masalah psikologis yang sangat menonjol dalam kehidupan keluarga adalah cara keluarga memenuhi kebutuhan psikologis, memengaruhi identitas diri dan harga diri individu. Selama masa awal sosialisasi, keluarga membentuk tingkah laku seorang anak, sehingga hal tersebut dapat membentuk rasa memiliki identitas. Untuk merasakan memenuhi

keterpaduan (*connectedness*) yang memuaskan. Setiap keluarga menghadapi isu-isu keterpisahan dan kebersamaan dengan cara yang unik, beberapa keluarga telah memberikan penekanan pada satu sisi dari pada sisi lain.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

e. Fungsi Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan

kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga (Harnilawati, 2013).

3. Ciri-ciri Keluarga

- a. Terorganisasi, yaitu saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan, dimana setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan, yaitu setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing. Menurut Freadman dalam buku (Mubarak, 2012).

4. Struktur Keluarga

Struktur keluarga terdiri dari:

- a. Pola dan proses komunikasi.
- b. Struktur peran.
- c. Struktur kekuatan dan struktur nilai.
- d. Norma.

Struktur keluarga oleh Friedmen digambarkan sebagai berikut:

a) Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, Terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hierarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengiriman yakni mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminat dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik dan valid. Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi, dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, ofensif (bersifat negatif),

terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

b) Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat atau informal.

c) Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain, hak (*legitimate power*), ditiru (*referen power*), keahlian (*expert power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*) dan *affective power*.

d) Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu lingkungan keluarga, dan

lingkungan masyarakat sekitar keluarga
(Mubarak, 2012).

5. Tipe Keluarga

- Tipe keluarga dibedakan menjadi dua jenis yaitu :
- a. Tipe keluarga tradisional
 - ❖ *Nuclear family* atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak.
 - ❖ *Dyad family* merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri namun tidak memiliki anak.
 - ❖ *Single parent* yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat perceraian atau kematian.
 - ❖ *Single adult* adalah kondisi dimana dalam rumah tangga hanya terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah.
 - ❖ *Extended family* merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya.
 - ❖ *Middle-aged or elderly couple* dimana orang tua tinggal sendiri di rumah karena anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.

- ❖ *Kit-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersamaan dan menggunakan pelayanan bersama.
- b. Tipe keluarga non tradisional
- ❖ *Unmarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tanpa adanya ikatan pernikahan.
 - ❖ *Cohabiting couple* merupakan orang dewasa yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan perkawinan.
 - ❖ *Gay and lesbian family* merupakan seorang yang memiliki persamaan jenis kelamin tinggal satu rumah layaknya suami-istri.
 - ❖ *Nonmarital hetesexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama tanpa adanya pernikahan dan sering berganti pasangan.
 - ❖ *Faster family*, keluarga menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara. (Widagdo, 2016).

c. *Single parent*

1) Definsi *single parent*

Single parent secara umum diartikan sebagai orang tua tunggal. *Single parent* mengasuh dan membesarkan anak seorang diri tanpa bantuan pasangan, baik dari pihak

suami ataupun istri. *Single parent* memiliki kewajiban yang besar dalam mengatur keberlangsungan keluarganya. (Lailiyah, 2013).

Keluarga dengan *single parent* dapat diartikan sebagai keluarga yang terdiri dari ibu atau pun ayah tunggal yang memiliki anak-anak yang bergantung pada mereka. *Single parent* adalah situasi dimana salah satu dari dua individu (ibu maupun ayah) yang bertanggung jawab penuh atas mendidik anak-anaknya (Pujar, 2018).

2) Jenis *single parent*

Single parent merupakan orang tua tunggal yang terdiri dari ayah maupun ibu saja. *Single parent* dapat disamakan dengan seorang ayah atau ibu yang merawat anak-anaknya tanpa bantuan orang lain di satu rumah (Ajay, 2017).

Dilihat dari kondisi keluarga bisa dikatakan utuh apabila terdiri atas ayah, ibu dan anak. Namun pada kondisi suatu keluarga dikatakan tidak utuh maka akan merujuk pada *single parent* yang hanya terdapat seorang ayah (*single father*) atau

hanya terdapat seorang ibu (*single mother*) (Suwinita, 2015).

Keluarga dengan orang tua tunggal dapat dikategorikan berdasarkan jenis kelamin dan kepala keluarga. Keluarga dengan ayah sebagai orang tua tunggal dapat disebabkan oleh karena meninggalnya istri, pengabaian oleh ibu, atau penolakan hak asuh oleh istri. Sedangkan keluarga dengan ibu sebagai orang tua tunggal seringkali diakibatkan oleh adanya kematian suami, perceraian, dan ibu yang tidak menikah serta memungkinkan remaja yang hamil di luar nikah (Aprilia, 2017).

d. Peran *single parent*

Orang tua sebagai *single parent* harus menjalani peran ganda untuk melangsungkan kehidupan keluarganya. *Single parent* harus mampu mengkombinasikan dengan baik antara pekerjaan domestik dan publik. Dalam hal ini diperlukan adanya kematangan fisik dan psikologis untuk dapat memajemen keluarganya. Orang tua yang berstatus sebagai *single parent* juga harus mencari

nafkah dan memenuhi kebutuhan kasih sayang untuk anggota keluarganya. Harus selalu melakukan perencanaan yang matang dalam menjalankan peran ganda. Menjalani peran sebagai orang tua tunggal berarti mengalami adanya perubahan, dimana perubahan tersebut dapat menimbulkan masalah, karena seseorang yang pada awalnya berperan sebagai ayah atau ibu saja, sekarang harus menjalankan peran ganda. Melakukan berbagai tugas yang semula dilakukan berdua akan membuat orang tua tunggal mengalami kelebihan tugas seperti mengurus rumah, mengurus anak, mencari nafkah dan bertanggung jawab dalam menjaga perilaku serta kedisiplinan anak (Aprilia, 2017).

e. Penyebab *single parent*

Penyebab utama dari *single parent* meliputi adanya masalah dalam perkawinan, masalah hubungan, kematian salah satu yang dicintai, perceraian, konflik dalam keluarga, masalah terkait kesehatan, masalah finansial dan perubahan pekerjaan (Pujar, 2018). *Single parent* adalah keadaan dimana ketidakhadiran

seorang orang tua baik ayah maupun ibu karena adanya kecelakaan, penyakit, masalah perkawinan, adanya perceraian serta kematian (Upetri, 2018). Keluarga dengan orang tua tunggal dapat dibagi menjadi orang tua tunggal yang disebabkan perceraian dan orang tua tunggal yang disebabkan oleh kematian. Orang tua tunggal yang disebabkan oleh perceraian dari kedua orang tuanya. Sedangkan yang disebabkan oleh kematian diartikan apabila salah satu dari orang tua mengalami kematian (Sahu, 2016).

BAB 2

KEPERAWATAN KELUARGA

1. Tingkatan keperawatan Keluarga

Ada 4 tingkatan keperawatan keluarga:

❖ Level 1

Keluarga menjadi latar belakang individu/ anggota keluarga dan fokus dan pelayanan keperawatan di tingkat ini adalah individu yang akan dikaji dan intervensi.

❖ Level 2

Keluarga merupakan penjumlahan dan anggota-anggota, masalah kesehatan/keperawatan yang sama dari masing-masing anggota akan diintervensi bersama masing-masing anggota akan diintervensi. Bersamaan masing-masing anggota dilihat sebagai unit yang terpisah.

❖ Level 3

Fokus pengkajian dan intervensi keperawatan adalah sub sistem dalam keluarga, anggota-anggota keluarga dipandang sebagai unit yang

berinteraksi, fokus intervensi, hubungan ibu dengan anak

❖ Level 4

Seluruh keluarga dipandang sebagai klien dan menjadi fokus utama dalam pengkajian dan perawatan, keluarga menjadi fokus dan individu sebagai latar belakang, keluarga dipandang sebagai intraksional sistem, fokus intervensi; Struktur dan fungsi keluarga; Hubungan sub-sistem keluarga dengan lingkungan luar.

2. Tahapan 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 Duvall (1977), terdapat 8 tahapan perkembangan keluarga (*Eight-Stage Family Life Cycle*):

- a. *Married couples (without children*, pasangan nikah dan belum memiliki anak.
- b. *Childbearing family (oldest child birth-30 month)*, keluarga dengan seorang anak pertama yang baru lahir.

- c. *Families with preschool children (oldest child 2,5- 6 years)*, keluarga dengan anak pertama yang berusia prasekolah.
- d. *Families with school children (oldest child 6-13 years)*, keluarga dengan anak yang telah masuk sekolah dasar.
- e. *Families with teenagers (oldest child 13- 20 years)*, keluarga dengan anak yang telah remaja.
- f. *Families launching young adults (first child gone to last child's leaving home)*, keluarga dengan anak yang telah dewasa dan telah menikah.
- g. *Middle aged parents (empty nest to retirement)*, keluarga dengan orang tua yang telah pensiun.
- h. *Aging family members (retirement to death of both spouse)*, keluarga dengan orang tua yang telah lanjut usia.

3. Tugas Perkembangan Setiap Tahapan Keluarga

Dalam Duvall (1997), terdapat perbedaan tugas perkembangan keluarga pada setiap tahap perkembangan keluarga yaitu:

- a. Tahap *married couples without children* (pasangan nikah dan belum memiliki anak).
Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:
- 1) Membina hubungan intim dan memuaskan.
 - 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
 - 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak.
 - 4) Keluarga baru ini merupakan anggota dari tiga keluarga, yakni keluarga suami, keluarga istri, dan keluarga sendiri.
- b. Tahap keluarga *child bearing* (kelahiran anak pertama)
Tugas perkembangan keluarga yang penting pada tahap ini adalah:
- 1) Persiapan menjadi orang tua.
 - 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual, dan kegiatan.
 - 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.
- c. Tahap keluarga dengan anak pra sekolah
Tugas perkembangan pada tahap ini ialah:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
 - 2) Membantu anak untuk bersosialisasi.
 - 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak lain juga harus terpenuhi.
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam keluarga maupun dengan masyarakat.
 - 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak.
 - 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
 - 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang.
- d. Keluarga dengan anak sekolah

Tugas perkembangan pada tahap ini yakni:

- 1) Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk

meningkatkan kesehatan anggota keluarga. Pada tahap ini anak perlu berpisah dengan orang tua, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi dalam aktivitas baik di sekolah maupun di luar sekolah.

e. Keluarga dengan anak remaja

Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab.
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
- 3) Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Tahap ini merupakan tahap paling sulit karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan anaknya yang berusia remaja.

- f. Tahap keluarga dengan anak dewasa
Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:
- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
 - 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
 - 3) Membantu orang tua memasuki masa tua.
 - 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
 - 5) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.
- g. Keluarga usia pertengahan
Tugas perkembangan pada usia perkawinan ini adalah:
- 1) Mempertahankan kesehatan.
 - 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
 - 3) Meningkatkan keakraban pasangan.
- Fokus utama dalam usia keluarga ini antara lain mempertahankan kesehatan pada pola hidup sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup, pekerjaan dan lain sebagainya.

h. Keluarga usia lanjut

Tugas perkembangan pada tahap usia perkawinan ini ialah:

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- 3) Mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat.
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- 5) Melakukan *life review*.
- 6) Mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini.

Dengan mempertimbangkan adanya keumuman usia perkawinan yang berbeda pada setiap tahapan tahapan perkembangan keluarga, maka dalam penelitian ini peneliti memfokuskan pada subyek yang berada pada tiga tahapan perkembangan keluarga, yaitu keluarga tanpa anak, keluarga dengan anak usia

prasekolah dan keluarga dengan usia remaja.

4. Proses Keperawatan Keluarga

a. Pengkajian Keperawatan Keluarga

Pengkajian merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus-menerus terhadap keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian melalui proses dari anamnesa (wawancara), pemeriksaan atau pengkajian fisik anggota keluarga dan pemeriksaan diagnostik maupun laboratorium serta dokumen rekam medik. Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenai keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan, harapan, teori, dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan (Dion & Betan, 2015).

b. Diagnosis Keperawatan Keluarga

Keluarga diagnosis keperawatan keluarga merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang keluarga. Diagnosis ini berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah

keluarga yang dapat ditangani oleh perawat. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap permasalahan kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa ini memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat. Diagnosis keperawatan keluarga merupakan hasil dari analisis data sari hasil pengkajian keluarga, yang dimana diagnosis diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga, dan lingkungan keluarga (Andarmoyo, 2012).

1) Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan Keluarga

Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Proses skoring dapat dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut:

- a) Tentukan skor terlebih dahulu sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat

- b) Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot:

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh} \times \text{bobot}}{\text{Skor tertinggi}}$$

- c) Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5)

Skoring Diagnosis Keperawatan Menurut Bailon & Maglaya (1978)

No.	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		1
	- Aktual (tidak/kurang sehat)	3	
	- Ancaman kesehatan	2	
	- Krisis atau keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	- Mudah	2	
	- Hanya sebagian	1	
	- Tidak dapat	0	

3.	Potensi masalah dapat dicegah - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah - Masalah berat, harus segera ditangani - Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani - Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Kriteria yang dapat mempengaruhi penentuan masalah:

a) Sifat masalah

(1) Aktual (tidak/kurang sehat)

Berkaitan dengan kegagalan dalam mengoptimalkan kesehatan

(2) Ancaman kesehatan

Berkaitan dengan keadaan yang memungkinkan terjadinya penyakit/masalah kesehatan

(3) Krisis atau keadaan sejahtera

Berkaitan dengan masa yang membutuhkan banyak

penyesuaian dari
individu/keluarga

b) Kemungkinan masalah dapat diubah

Kemungkinan masalah dapat diubah adalah kemungkinan berhasilnya mengurangi atau mencegah masalah jika ada tindakan (intervensi). Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kemungkinan masalah dapat dicegah:

- (1) Pengetahuan dan teknologi serta tindakan yang dapat dilakukan untuk menangani masalah
- (2) Sumber-sumber yang ada pada keluarga baik dalam bentuk fisik, keuangan, atau tenaga
- (3) Sumber-sumber dari keperawatan misalnya dalam bentuk fasilitas kesehatan, organisasi masyarakat, dukungan sosial masyarakat

c) Potensial masalah dapat dicegah

Potensial masalah dapat dicegah adalah sifat dan beratnya masalah yang akan timbul yang dapat dikurangi atau dicegah. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah:

(1) Beratnya masalah

Berkaitan dengan beratnya penyakit atau masalah, prognosa penyakit atau kemungkinan merubah masalah.

(2) Lamanya masalah

Berkaitan dengan jangka waktu terjadinya masalah tersebut. Berkaitan lamanya masalah mempunyai dukungan langsung dengan potensi masalah bila dicegah.

(3) Adanya kelompok *high risk* atau

kelompok yang berisiko tinggi
Adanya kelompok atau individu tersebut pada keluarga

yang akan menambah potensi masalah bila dicegah.

d) Menonjolnya masalah

Menonjolnya masalah adalah cara keluarga melihat dan menilai masalah tentang beratnya masalah serta mendesaknya masalah untuk diatasi. Hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan skor pada kriteria ini adalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga tersebut melihat masalah. Dalam hal ini jika keluarga menyadari masalah dan merasa perlu untuk menangani segera maka harus diberikan skor yang tinggi.

2) Penyusunan Prioritas Diagnosis Keperawatan

Prioritas didasarkan pada diagnosis keperawatan yang mempunyai skor tertinggi dan disusun berurutan sampai yang mempunyai skor terendah. Namun, perawat perlu mempertimbangkan persepsi keluarga terhadap masalah keperawatan yang perlu diatasi segera.

Contoh 1:

Diagnosis keperawatan keluarga: Risiko jatuh (terpeleset) pada lansia yang tinggal di keluarga Tn. R berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menyediakan lingkungan yang aman bagi lansia.

Langkah selanjutnya yaitu perawat perlu melakukan pemberian skor dengan menggunakan skala yang dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Penilaian yang dilakukan pada semua diagnosis keperawatan yang telah dirumuskan oleh perawat. Sesuai dengan contoh di atas, penilaian adalah sebagai berikut:

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah Skala: Ancaman Kesehatan	$\frac{2}{3} \times 1 = 0,7$	Bila keadaan tersebut tidak segera diatasi akan membahayakan lansia yang tinggal bersama keluarga, karena lansia setiap hari berada di rumah tanpa pengawasan.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: Mudah	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Penyediaan sarana yang murah dan mudah didapat oleh keluarga (misal: sandal karet).

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
3.	Potensial masalah untuk dicegah Skala: Cukup	$\frac{2}{3} \times 1 = 0,7$	Keluarga mempunyai kesibukan yang cukup tinggi, namun merawat orang tua yang telah lansia merupakan penghormatan dan pengabdian anak yang perlu dilakukan.
4.	Menonjolnya masalah Skala: Masalah tidak dirasakan	$\frac{0}{2} \times 1 = 0$	Keluarga merasa keadaan tersebut telah berlangsung lama dan tidak pernah ada kejadian yang mengakibatkan lansia mengalami suatu cedera (terjatuh) di rumah akibat lantai yang licin.
Total Skor		3,4	

Setelah penilaian, diagnosis keperawatan keluarga yang telah didapatkan dan disusun prioritasnya berdasarkan skor yang tertinggi hingga terendah. Kegiatan selanjutnya yaitu mensosialisasikan prioritas diagnosis keperawatan kepada keluarga.

c. Perencanaan

Keperawatan keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan maka perlu dilakukan

perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan yang dimulai dari penentuan tujuan (khusus dan umum), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga. Adapun beberapa tingkat tujuan yang disusun dalam jangka pendek (khusus) dan jangka panjang (umum). Tingkatan ini digunakan untuk membedakan masalah yang dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga. Tujuan khusus atau jangka pendek sifatnya spesifik, dapat diukur, dimotivasi atau memberi kepercayaan pada keluarga bahwa kemajuan sedang dalam proses dan membimbing keluarga ke arah tujuan jangka panjang atau umum. Tujuan jangka panjang atau umum merupakan tujuan akhir yang menyatakan maksud-maksud luas yang diharapkan oleh keluarga agar dapat tercapai. Selanjutnya terdapat penetapan kriteria dan standar yang di dalamnya memuat komponen yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (tindakan) (Dion & Betan, 2015).

d. Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

Adapun prinsip yang mendasar implementasi keperawatan keluarga antara lain:

- 1) Implementasi mengacu pada rencana perawatan yang dibuat.
- 2) Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah.
- 3) Kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan.
- 4) Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi (Setiawati, 2008).

e. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan keluarga. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Dalam evaluasi terdapat 2 jenis pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut:

❖ Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan.

penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP.

❖ Evaluasi Sumatif

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan. Bila terdapat ketidaksesuaian dalam hasil yang dicapai, keseluruhan proses mulai dari pengkajian sampai dengan tindakan perlu ditinjau kembali. Ada beberapa metode yang perlu dilaksanakan dalam melakukan evaluasi di antaranya adalah observasi langsung, wawancara, memeriksa laporan dan latihan stimulasi (Dion & Betan, 2015).

5. Teori dan Model Keperawatan Keluarga

a. Model Betty Neuman tentang Sistem Kesehatan

Model sistem Neuman memberikan warisan baru tentang cara pandang terhadap manusia sebagai makhluk holistik (memandang manusia secara keseluruhan meliputi aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual yang berhubungan secara dinamis seiring dengan adanya respons-respons sistem

terhadap stresor, baik dari lingkungan internal maupun eksternal (Tomey & Alligood, 2006).

b. Model Florence Nightingale (teori lingkungan)

Nightingale mempromosikan perawat kebidanan dan pelayanan kesehatan berbasis rumah dan menulis catatan keperawatan dimana wanita dilibatkan dalam asuhan untuk anggota keluarga yang sakit dan pemeliharaan kesehatan anak-anak di rumah. Dalam suatu dokumennya, "pelatihan perawat untuk keluarga yang miskin". Ia menuliskan perawat menyatukan perawatan untuk yang sakit dan perawatan kesehatan dalam lingkungan rumah. Ia memunculkan perawatan kesehatan rumah dan perawatan anak maternal digabungkan dalam praktik perawatan keluarga secara keseluruhan sebagai unit pelayanan.

Nightingale banyak membuat upaya untuk menganjurkan menugaskan wanita untuk memberikan asuhan keperawatan yang baik di dalam rumahnya bersamaan dengan upayanya untuk menciptakan program pelatihan untuk perawat profesional. Ia mungkin setuju dengan tulisan yang membedakan antara perawatan sebagai tindakan dan perawatan sebagai suatu profesi dan suatu disiplin yang nyata.

c. Teori Imogene King Tentang Pencapaian Tujuan (*Interacting System Frame Work Theory of Goal Attainment*)

Teori ini dikenal dengan *Interacting System Framework Theory of Goal Attainment* yaitu adanya interaksi antara perawat dan pasien pada pelaksanaan asuhan keperawatan. Hubungan interaksi antara perawat dan pasien membawa pada pencapaian tujuan. King menyatakan pencapaian tujuan merupakan sebuah konsep transaksi sebagai komponen integral dalam teori ini.

Teori Imogene King berusaha menjawab tentang peran perawat dalam praktik keperawatan dan bagaimana perawat mampu membuat keputusan dalam praktik sehari-hari. King menggambarkan hal penting dalam praktik keperawatan dengan melihat interaksi perawat-klien dalam hubungan yang profesional untuk mencapai tujuan. Teori ini berfokus pada pemberi dan penerima pelayanan keperawatan yang berdasar pada pengembangan teori pencapaian tujuan yang dimulai dari asumsi perawat dalam interaksi dengan klien yang keduanya merupakan

sistem terbuka yang akan selalu berinteraksi dengan lingkungan.

d. Model Sister Callista Roy tentang Adaptasi (*Adaptation Model*)

Teori Roy dikenal dengan “Model Adaptasi Roy”. Teori ini merupakan model dalam keperawatan yang menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu mengubah perilaku yang maladaptif. Teori Roy merupakan suatu proses dari seseorang dalam berperilaku pengeluaran hasil pemikiran dan merasakan sebagai individu atau kelompok guna menciptakan lingkungan yang terintegrasi.

e. Model Dorothea E. Orem Tentang Perawatan Diri (*Self Care Deficit Theory of Nursing*)

Teori ini berfokus pada perawatan diri, kurangnya perawatan diri, sistem keperawatan berorientasi kepada individu. Menurut Orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan, bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya. Oleh karena itu,

teori ini dikenal sebagai *self care* atau *self care deficit theory* (Tomey & Alligood, 2006).

f. Teori Martha E. Rogers tentang Manusia Seutuhnya (*Unitary Human Beings*)

Teori ini memfokuskan telaah dari keperawatan adalah kehidupan manusia sehingga teori ini disebut juga ilmu humanisme, teori sistem general atau teori *unitary human beings*. Tentang teori ini mengantar kita pada pandangan yang baru bagi dunia keperawatan. Perbandingan antara kesehatan dan penyakit. Fokus dari teori Rogers ini adalah adanya hubungan timbal balik antara lingkungan dan kesatuan manusia. Pada kenyataannya, manusia memiliki konsep yang berbeda sebagai individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau yang lainnya ke dalam sebuah integral. Pola lapangan inti dari ilmu pengetahuan ini dapat dipahami sebagai manifestas dari manusia dan lingkungan.

g. Model Friedman

Model yang dikembangkan oleh Friedman menggambarkan sistem struktural-fungsional, teori perkembangan keluarga, dan teori sistem. Menurut Friedman, keluarga merupakan sistem terbuka yang melakukan interaksi dengan institusi lain

dalam masyarakat, seperti pendidikan, keagamaan, kesehatan dengan fokus pada struktur dan fungsi keluarga. Proses keperawatan keluarga akan berbeda bergantung pada siapa yang menjadi fokus perawatan. Perbedaan fokus ini bergantung pada konsep perawat tentang keluarga dalam praktiknya. Perawat yang memandang keluarga sebagai latar belakang atau konteks individu pasien, maka individu anggota keluarga menjadi fokus utama pelayanan. Dan proses keperawatan berorientasi pada individu. Hal ini merupakan cara tradisional untuk memberikan asuhan keperawatan. Perawat yang mengonseptualisasi keluarga sebagai unit perawatan, maka keluarga dianggap sebagai sistem (fokus utamanya sistem di dalam keluarga) dan ini jarang dilakukan walaupun proses pemberian asuhannya sendiri tidak berbeda.

Perawat keluarga dalam praktiknya harus menstimulasi individu dan keluarga juga sistem keluarga. Hal ini berarti dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga, perawat harus menerapkan dua jalan, yaitu perawatan kepada individu dan keluarga, serta keluarga sebagai sistemnya. Dengan demikian dalam melakukan pengkajian, perawat

merumuskan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan akan lebih kompleks dan mendalam.

Friedman dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga menerapkan langkah-langkah terkait dengan lima langkah dalam proses keperawatan keluarga. Asuhan keperawatan keluarga dimulai dengan pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan keluarga. Pengkajian ditekankan pada struktur dan fungsi keluarga secara menyeluruh dan terintegrasi.

6. Teori Terapi Keluarga

Teori ini dikembangkan untuk menangani keluarga-keluarga yang bermasalah, sehingga banyak berorientasi pada patologi. Tujuan dari teori ini adalah menjelaskan disfungsi keluarga dan menuntun tindakan terapeutik maka selanjutnya dikembangkan terapi klinis, terapi modalitas, dan terapi komplementer. Beberapa bentuk model terapi keluarga yaitu sebagai berikut:

a. *Bowenian family therapy*

Teori Bowen menekankan pada kebutuhan diferensiasi dalam tingkat perilaku dan kognitif untuk lebih baik interaksi interpersonal dan intrapersonal dan mendefinisikan individu yang berbeda sebagai mereka yang mengendalikan situasi dengan kesadaran akan pikiran, perasaan dan opini dalam situasi yang sangat emosional. Sebaliknya, individu yang tidak dibedakan diatur oleh emosi mereka dalam keputusan mereka bakat dan rentan untuk yang parah gejala dan penyakit psikologis (Davies & Cummings, 1994). Bowen mencoba menjembatani antara pendekatan yang berorientasi pada psikodinamika yang menekankan pada perkembangan diri, isu-isu antar generasi dan peran-peran masa lalu dengan pendekatan yang membatasi perhatian pada unit keluarga dan pengaruhnya di masa kini. Tujuan terapi adalah memaksimalkan diferensiasi diri pada masing-masing anggota keluarga (Fatma, 2019).

b. *Human Validation Process Model*

Human validation process model yang dicetuskan oleh Virginia Satir (1916–1988), seorang terapis yang berfokus kepada perkembangan holistik yang sesuai dengan keperluan individu dan keluarga (Lee & Othman, 2007).

Human validation process model fokus terhadap proses peningkatan dan validasi dari harga diri, aturan keluarga, dan keharmonisan pada pola komunikasi, membantu, dan memelihara keluarga triadi dan pemetaan keluarga, fakta kejadian kehidupan keluarga. Satir memandang akar permasalahan dari tiga generasi kehidupan. Satir juga memusatkan perhatian pada pola kehidupan yang akan datang, perkembangan pemetaan keluarga (genogram) dan fakta kejadian kehidupan.

Untuk mengetahui keperluan itu, maka perlu ada komunikasi antar anggota keluarga dan orientasi humanistik mengupayakan harga diri dan penilaian diri seluruh anggota keluarga (Nurihsan, 2014).

c. Terapi keluarga eksperiential (pengalaman)

Pendekatan eksperensial dalam konseling keluarga mengedepankan kondisi sekarang dan saat ini (*now and here experience*) yang mengedepankan proses komunikasi dan latihan dalam usaha membantu klien memecahkan masalahnya. Pendekatan menjadi salah satu alternatif dalam pemecahan masalah klien yang berhubungan dengan kekerasan dalam rumah tangga mengingat banyak akar permasalahan dalam keluarga disebabkan tidak terjalinnya komunikasi yang baik serta tidak diperolehnya pengalaman yang berarti dalam kehidupan sehari-hari yang mampu mengembangkan kehidupan keluarga menjadi damai, aman, sejahtera dan langgeng (Afdal, 2015).

d. Terapi Keluarga Struktural

Levenson dalam Sholevar dan Schoweri (2003) mendeskripsikan ada 3 perkembangan paradigma yaitu model psikoanalisis, komunikasi dan organismik. Terapi keluarga struktural (TKS) berbasis pada paradigma ketiga yaitu model organismik. Hal tersebut dijabarkan bahwa jika seorang individu bermasalah maka

masalah bukan terletak dalam diri individu, melainkan dalam interaksi individu dengan lingkungan sosial keluarganya. Interaksi khusus dalam keluarga dapat menjadi pemicu suatu gangguan psikologis.

e. Terapi Keluarga Psikodinamika

Tujuan dari terapi psikodinamika ini adalah pertumbuhan, pemenuhan lebih banyak pada pola interaksi yang lebih. Psikodinamika memandang keluarga sebagai sistem dari interaksi kepribadian, dimana setiap individu mempunyai sub sistem yang penting dalam keluarga, sebagaimana keluarga sebagai sebuah sub sistem dalam sebuah komunitas. Terapis menjadi fasilitator yang menolong keluarga untuk menentukan tujuannya sendiri dan bergerak kearah mereka sebagaimana sebuah kelompok. Kerangka umum adalah masa lalu, sejarah dari pengalaman terdekat yang perlu diungkap. Aturan dari ketidaksadaran adalah konflik dari masa lalu yang tidak terselesaikan akan nampak pada perilaku sadar seseorang secara kontineu untuk mrnghadapi situasi dan obyek yang ada sekarang. Fungsi utama dari

terapis bersikap netral artinya membuat interpretasi terhadap pola perilaku individu dan keluarga (Almasitoh, 2012).

f. Terapi Edukasi Keluarga

Terapi edukasi keluarga adalah salah satu terapi yang efektif untuk mencegah maupun membantu menyelesaikan masalah yang ada dalam lingkup keluarga melalui komunikasi. Tugas pengasuhan dan komunikasi adalah elemen penting dalam pengasuhan anak, didukung oleh bukti empiris saat ini, dan, tetap kuat dan berhubungan dengan aspek pengasuhan dan kehidupan keluarga. Hasil ulasan ini menguraikan apa yang dimaksud dengan tugas dan komunikasi dengan mengambil tampilan baru pada ilmu pengasuhan dalam konteks normatif sehari-hari kehidupan keluarga. Hasilnya adalah pengingat akan perlunya memahami pekerjaan pengasuhan yang normatif dan mendorong orang tua dalam peran mereka dengan tepat. Anak-anak berkembang ketika mereka didukung oleh orang tua (Herman & Kusbaryantlo, 2020).

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN TBC

1. Pengkajian, Diagnosis, Skoring, Intervensi, dan Implementasi

Studi kasus ini memperoleh gambaran asuhan keperawatan keluarga dengan masalah utama Gangguan Pola Napas pada Tn. S.

Penulis datang ke rumah pasien untuk bertemu dengan pasien dan keluarganya untuk mendapatkan data yang diperlukan sesuai format asuhan keperawatan keluarga yang telah disiapkan. Proses pengkajian tidak mengalami hambatan dan semua item bisa diperoleh dengan informasi yang jelas karena keluarga kooperatif.

Data keluarga yang diperoleh meliputi data demografi, sosiokultural, data lingkungan, struktur dan fungsi keluarga, stres dan coping keluarga yang digunakan keluarga serta perkembangan keluarga. Data yang berkaitan dengan individu sebagai anggota

keluarga meliputi pemeriksaan fisik, mental, emosi, sosio dan spiritual didapatkan tanpa kesulitan. Berdasarkan hasil pengkajian dan dilakukan analisa data maka didapatkan diagnosis keperawatan masalah utama adalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.

Proses asuhan keperawatan keluarga mampu dilakukan sesuai dengan intervensi yang disusun dengan hasil evaluasi keluarga mampu memahami penjelasan yang diberikan dan berjanji akan melakukan anjuran yang diberikan. Pada penentuan diagnosa keperawatan dan penyebabnya tidak mengalami hambatan karena adanya faktor pendukung yaitu data wawancara dan pemeriksaan fisik lengkap sesuai kebutuhan.

Pada tahap perencanaan keperawatan masalah diagnosis manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada kasus keluarga Tn. S dengan masalah utama hipertensi tidak mengalami kesulitan, dengan membaca tinjauan pustaka sebagai landasan teori penyusunan dengan memperhatikan data obyektif dan subyektif yang ditemukan. Faktor pendukungnya adalah keluarga memahami masalah yang ditegakkan dan mau mengikuti perencanaan keperawatan yang disusun. Keluarga menyatakan paham tentang perencanaan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul,

ditunjukkan dengan menyatakan paham pada penjelasan yang diberikan.

Pada tahap implementasi keperawatan mampu dilaksanakan sesuai perencanaan yang sudah disusun, keluarga kooperatif merupakan faktor pendukung sehingga implementasi bisa dilakukan sesuai perencanaan yaitu 3 kali kunjungan.

Pada tahap evaluasi, didapatkan data bahwa masalah bisa teratasi sebagian dan masih perlu tindakan keperawatan. Keluarga kooperatif dengan menyatakan bahwa mau melakukan apa yang sudah dianjurkan dan dilatihkan untuk menunjang upaya penyembuhan Tn. S terhadap latihan yang dianjurkan dan menerapkan pendidikan kesehatan yang diberikan.

Proses asuhan keperawatan mampu dilakukan tanpa mengalami hambatan berat dengan adanya faktor pendukung yaitu pihak keluarga kooperatif dan mampu bekerja sama mulai dari saat pengkajian sampai tahap evaluasi. Hambatan yang ditemukan tidak sampai mengganggu jalannya asuhan keperawatan.

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

A. Pengkajian Keluarga

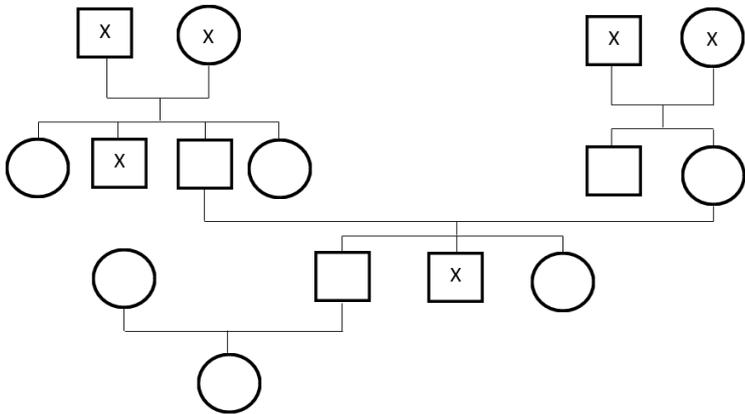
1. Data Umum

- a. Nama kepala keluarga : Tn. S
- b. Usia : 67 Tahun
- c. Pendidikan : SMA
- d. Pekerjaan : Supir
- e. Alamat : Jln. Melati,
Gang Harapan,
Kota Setia
- f. Komposisi keluarga

Tabel 1. Komposisi Keluarga

No.	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan	Umur	Pendidikan
1.	Tn.S	L	Suami	67 th	SMA
2.	Ny. I	P	Istri	60 th	SD
3.	An. A	L	Anak ke 1	40 th	SMA
4.	An. D	L	Anak ke 2	1.5 th	Meninggal
5.	An. T	P	Anak ke 3	32 th	Sarjana
6.	Ny. U	P	Menantu	35 th	SMA
7.	An. F	P	Cucu	2 th	Belum Sekolah

Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. S



Keterangan:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Tinggal dalam satu rumah
-  : Laki-laki meninggal dunia
-  : perempuan meninggal dunia
-  : Yang teridentifikasi/ klien
-  : Garis pernikahan
-  : Garis keturunan

- g. Tipe keluarga
Tipe Keluarga Tn. S adalah keluarga *Extended* yaitu yang terdiri dari suami, istri, anak, menantu dan cucu perempuan.
- h. Suku dan Bangsa
Keluarga klien berasal dari suku Jawa atau Indonesia kebudayaan yang dianut tidak bertentangan dengan masalah kesehatan, bahasa sehari-hari yang digunakan yaitu bahasa Jawa dan Melayu
- i. Agama
Seluruh anggota Tn. S beragama Islam dan taat beribadah, sering mengikuti pengajian yang ada di RT serta berdoa agar Tn. S dapat sembuh dari penyakit.
- j. Status sosial ekonomi keluarga
Sumber pendapatan keluarga sejumlah Rp. 3.000.000,00. Kebutuhan yang dibutuhkan keluarga:
- | | |
|-------------|----------------|
| Makan | : 1.500.000,00 |
| Listrik | : 200.000,00 |
| Beli bensin | : 200.000,00 |
- Barang yang dimiliki: televisi, kulkas, sepeda motor, 2 almari, 1 set kursi tamu

k. AktiVitas rekreasi keluarga

Rekreasi digunakan untuk mengisi kekosongan waktu dengan menonton televisi bersama di rumah, rekreasi di luar rumah kadang-kadang atau jarang dilakukan.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Perkembangan saat ini

Keluarga Tn. S saat berada pada tahap VIII (tahap lanjut usia) dimana semua anak-anaknya sudah berkeluarga dan sudah memiliki anak. Keluarga Tn. S sudah melaksanakan tugas perkembangan keluarga dimana keluarga mempertahankan keharmonisan, semua anak disekolahkan. Semua anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan langsung dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat.

b. Riwayat keluarga inti

- 1) Tn. S sebagai kepala keluarga mempunyai TB paru stadium 3 bulan yang lalu, memiliki riwayat merokok aktif, dirinya sudah tidak sanggup untuk meminum obat untuk menyembuhkan TB parunya, sudah jarang kontrol ke puskesmas terdekat di daerahnya

karena sibuk dengan pekerjaannya menyetir bus umum, serta khawatir dan masih kurang memahami perawatan dan pengobatan TB Paru. Tn. S mempunyai penyakit hipertensi pada saat pengkajian:

TD : 130/83 mmhg

S : 36,2 °C

BB : 54 Kg

N : 80 x/m

R : 20 x/m

TB : 162 cm

2) Ny. S

Ny. S menderita DM, kontrol rutin di puskesmas tidak mempunyai masalah dengan istirahat, makan, maupun kebutuhan dasar yang lainnya.

3) An. A (Anak 1)

Tn. S mengatakan anak pertamanya dalam keadaan sehat dan hanya memiliki riwayat demam biasa. Namun, memiliki kebiasaan merokok dan minum kopi lebih dari 2 gelas sehari.

4) An. T (Anak 3)

Tn. S mengatakan bahwa anak ketiganya dalam keadaan sehat, tidak memiliki

gangguan kesehatan, dan ia juga tidak memiliki riwayat alergi.

5) Ny. U (Menantu)

Ny. I mengatakan jika menantunya memiliki riwayat penyakit gastritis. Namun saat ini dalam keadaan sehat dan tidak ada riwayat alergi.

6) An. F (Cucu)

Tn. S mengatakan bahwa cucunya dalam keadaan sehat dan tidak mengalami gangguan mengenai kesehatan, namun keluarga tetap memperhatikan kesehatan anak-anak, sehingga tidak mengalami gangguan terhadap kesehatan.

c. Riwayat keluarga sebelumnya

Tn. S menderita hipertensi tapi keluarganya Tn. S dari pihak Bapak/Ibu tidak ada yang menderita hipertensi.

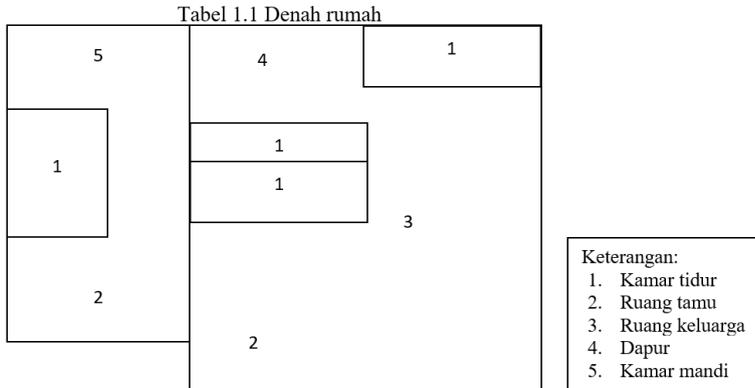
d. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Memiliki sirkulasi udara yang baik, memiliki sistem sanitasi yang baik, namun memiliki

sistem penerangan ruang kurang baik dan banyak baju yang bergantung.

Gambar 2. Denah Rumah



- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW
Hubungan antar tetangga saling membantu, bila ada tetangga yang membangun rumah dikerjakan saling gotong royong.
- 3) Mobilitas geografis keluarga
Sebagai penduduk kota yang sebelumnya tinggal di Pulau Jawa.
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
Kebiasaan Tn. S di lingkungan sekitarnya, yaitu Tn. S selalu berkumpul dan berkomunikasi dengan tetangga pada waktu

siang hari, dan setiap dengan tetangganya, kebiasaan lain dari masyarakat di lingkungan sekitar rumah selalu melaksanakan kerja bakti.

5) Sistem pendukung keluarga

Jumlah anggota keluarga yaitu 7 orang, ke puskesmas bersama, saling mendukung satu sama lain.

f. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Anggota keluarga menggunakan Bahasa Jawa dan Melayu dalam berkomunikasi sehari-hari dan mendapatkan informasi kesehatan dari petugas kesehatan dan televisi.

2) Struktur kekuatan keluarga

Tn.S menderita penyakit hipertensi, anggota keluarga lainnya dalam saling mendukung.

3) Struktur peran (formal & informal) :

Formal : Tn.S sebagai kepala keluarga, Ny.I sebagai istri.

Informal : Tn.S dibantu satu anaknya juga membantu mencari nafkah.

4) Nilai dan norma keluarga

Keluarga percaya bahwa hidup sudah ada yang mengatur, demikian pula dengan sehat

dan sakit keluarga juga percaya bahwa tiap sakit ada obatnya, bila ada keluarga yang sakit dibawa ke puskesmas atau petugas kesehatan yang terdekat.

g. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Hubungan antara keluarga baik, mendukung bila ada yang sakit langsung dibawa ke puskesmas atau petugas kesehatan.

2) Fungsi sosial

Setiap hari keluarga selalu berkumpul di rumah, hubungan dalam keluarga baik dan selalu mentaati norma yang baik.

3) Fungsi perawatan keluarga

Menurut Tn. S bahwa keluarganya sangat peduli dan sangat perhatian terhadap keadaan kesehatannya. Tn. S selalu mendukung untuk selalu berobat ke puskesmas secara teratur, dan anggota keluarga yang lain selalu mengingatkan hal-hal yang dapat memperberat sakitnya, misalnya jangan terlalu lelah.

- 4) Fungsi reproduksi
Tn. S mempunyai 3 orang anak.
 - 5) Fungsi ekonomi
Keluarga dapat memenuhi kebutuhan makan yang cukup, pakaian dan biaya untuk berobat.
- h. Stres dan coping keluarga
- 1) Stresor jangka pendek dan panjang
Stresor jangka pendek:
Tn. S mengatakan dirinya menderita penyakit hipertensi.
Stresor jangka panjang:
Tn. S mengidap penyakit hipertensi semenjak tahun 2017 dan ia ingin penyakitnya sembuh total.
 - 2) Kemampuan keluarga dalam merespon terhadap situasi dan stresor keluarga selalu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke puskesmas dengan petugas kesehatan.
 - 3) Strategi coping yang digunakan
Anggota keluarga selalu bermusyawarah untuk menyelesaikan masalah yang ada.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Jika ada masalah dengan anggota keluarganya, Tn. S menyampaikan atau membicarakan dengan anggota keluarganya.

i. Pemeriksaan Fisik

Dilaksanakan pada tanggal 4 Januari 2021.

1) Tn. S

Tekanan Darah	: 160/80 mmHg
Nadi	: 80 x/m
Suhu	: 36,2 °C
Respirasi	: 20 x/m
Berat badan	: 54 kg
Tinggi badan	: 162 cm
Kepala	: Simetris, berambut bersih berwarna putih, muka tidak pucat
Mata	: Simetris, tidak ada edema, dan tidak ada lesi
Hidung	: Lubang hidung normal simetris
Mulut	: Bibir tidak kering, tidak ada stomatitis

Telinga : Pendengaran masih normal tidak ada keluar cairan dari telinga

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*

Dada : Dada kanan dan kiri sama, tidak ada keluhan

Perut : Simetris, tidak ada keluhan

Extremitas : Tidak ada oedema, masih dapat gerak aktif

Eliminasi : BAB biasanya 1 kali sehari, BAK 3-4 kali sehari

2) Ny. I

Tekanan Darah : 130/60 mmHg

Nadi : 75 x/m

Suhu : 37°C

Respirasi : 22 x/m

Berat badan : 50 kg

Tinggi badan : 158 cm

Kepala : Simetris, berambut bersih berwarna putih, muka tidak pucat

Mata : Menggunakan alat bantu kaca mata, simetris, tidak ada edema, dan tidak ada lesi

Hidung : Lubang hidung normal simetris

Mulut : Bibir tidak kering, tidak ada stomatitis

Telinga : Pendengaran masih normal tidak ada keluar cairan dari telinga

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*

Dada : Dada kanan dan kiri sama, tidak ada keluhan

Perut : Simetris, tidak ada keluhan

Extremitas : Tidak ada oedema, masih dapat gerak aktif

Eliminasi : BAB biasanya 2 kali sehari, BAK 3-4 kali sehari

3) An. A

Tekanan Darah : 110/60 mmHg

Nadi : 75 x/m

Suhu	: 36,5 °C
Respirasi	: 18 x/m
Berat badan	: 80kg
Tinggi badan	: 157 cm
Kepala	: Simetris, berambut bersih berwarna hitam merata, muka tidak pucat
Mata	: Simetris, tidak ada edema, dan tidak ada lesi
Hidung	: Lubang hidung normal simetris
Mulut	: Bibir tidak kering, tidak ada stomatitis
Telinga	: Pendengaran masih normal tidak ada keluar cairan dari telinga
Leher	: Tidak ada pembesaran kelenjar <i>tyroid</i>
Dada	: Dada kanan dan kiri sama, tidak ada keluhan

Perut : Simetris, tidak ada keluhan.

Extremitas : Tidak ada oedema, masih dapat gerak aktif.

Eliminasi : BAB biasanya 1 kali sehari, BAK 3-4 kali sehari

4) An. T

Tekanan Darah : 120/60 mmHg

Nadi : 75 x/m

Suhu : 36,5 °C

Respirasi : 20 x/m

Berat badan : 57 kg

Tinggi badan : 150 cm

Kepala : Simetris, berambut bersih, berwarna hitam merata, muka tidak pucat

Mata : Simetris, tidak ada edema, dan tidak ada lesi

Hidung : Lubang hidung normal simetris

Mulut : Bibir tidak kering, tidak ada stomatitis

Telinga : Pendengaran masih normal, tidak ada keluar cairan dari telinga

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*

Dada : Dada kanan dan kiri sama, tidak ada keluhan

Perut : Simetris, tidak ada keluhan

Extremitas : Tidak ada oedema, masih dapat gerak aktif

Eliminasi : BAB biasanya 1 kali sehari, BAK 3-4 kali sehari

5) Ny. U

Tekanan Darah : 110/60 mmHg

Nadi : 70 x/m

Suhu : 37°C

Respirasi : 22 x/m

Berat badan : 50 kg

Tinggi badan : 162 cm

Kepala : Simetris, berambut bersih berwarna hitam merata, muka tidak pucat

Mata : Simetris, tidak ada edema, dan tidak ada lesi

Hidung : Lubang hidung normal simetri

Mulut : Bibir tidak kering, tidak ada stomatitis

Telinga : Pendengaran masih normal tidak ada keluar cairan dari telinga

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*

Dada : Dada kanan dan kiri sama

Perut : Simetris, tidak ada keluhan

Extremitas : Tidak ada oedema, masih dapat gerak aktif.

Eliminas : BAB biasanya 1 kali sehari, BAK 3-4 kali sehari

6) An. F

Tekanan Darah : -

Nadi : 82 x/m

Suhu : 36,5⁰ °C

Respiras : 20 x/m

Berat badan	: 70 kg
Tinggi badan	: 165 cm
Kepala	: Simetris, berambut bersih berwarna hitam, muka tidak pucat
Mata	: Simetris, tidak ada edema, dan tidak ada lesi
Hidung	: Lubang hidung normal simetris
Mulut	: Bibir tidak kering, tidak ada stomatitis
Telinga	: Pendengaran masih normal tidak ada keluar cairan dari telinga
Leher	: Tidak ada pembesaran kelenjar <i>thyroid</i> .
Dada	: Dada kanan dan kiri sama, tidak ada keluhan
Perut	: Simetris, tidak ada keluhan
Extremitas	: Tidak ada oedema, masih dapat gerak aktif
Eliminasi	: BAB biasanya 1 kali sehari, BAK 3-4 kali sehari

- j. Harapan Keluarga
Keluarga berharap pada petugas kesehatan agar meningkatkan mutu pelayanan dan membantu masalah Tn. S.

5. Analisis Data Tabel

Tabel 3.1 Analisis Data

No.	Data Subjektif	Masalah	Penyebab
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. S mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat TB Paru 3 bulan yang lalu dan ingin segera sembuh dari penyakitnya- Tn. S mengatakan jika dirinya pernah memiliki riwayat perokok aktif dulunya- Tn. S mengatakan jika dirinya sudah tidak sanggup rasanya untuk meminum obat untuk menyembuhkan TB Parunya- Tn. S sudah jarang kontrol lagi ke puskesmas terdekat	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.	Ketidakmampuan keluarga merawat dalam mengenal masalah anggota keluarga dengan TB paru.

No.	Data Subjektif	Masalah	Penyebab
	<p>didaerahnya karena sibuk dengan pekerjaannya menyetir bus umum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S dan keluarga mengatakan khawatir dan masih kurang memahami perawatan dan pengobatan TB Paru Tn. S - Keluarga mengatakan penyakit yang diderita Tn. S bisa menular melalui keringat sehingga Tn. S terkadang memilih untuk selalu berada dikamarnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S dan keluarga tampak kebingungan saat dibahas beberapa 		

No.	Data Subjektif	Masalah	Penyebab
	<p>hal penting terkait penyakit dan cara penularan selain yang telah disebutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga tampak sedikit khawatir dengan penyakit yang diderita Tn. S - TTV (tanda-tanda vital) TD : 130/83 mmHg N : 80 x/mnt RR : 20 x/mnt 		
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan penyakit yang diderita Tn. S bisa menular melalui keringat - Keluarga mengatakan jika Tn.S masih meludah disembarang tempat 	Perilaku kesehatan cenderung berisiko	Kurang terpapar informasi serta pemilihan gaya hidup tidak sehat dengan baik.

No.	Data Subjektif	Masalah	Penyebab
	<ul style="list-style-type: none"> - Tn. S terkadang masih melakukan kebiasaan merokok dan beserta kedua anaknya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak Tn.S berada didalam satu rumah bersama anak-anaknya dan juga cucu nya - Tampak ventilasi cukup baik, namun ruangan terlihat sedikit gelap dan banyak baju bergantung 		
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan anggota keluarga selalu bermusyawarah untuk 	Kesiapan peningkatan proses keluarga	

No.	Data Subjektif	Masalah	Penyebab
	<p>menyelesaikan masalah yang ada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan Hubungan antara keluarga baik, mendukung bila ada yang sakit langsung dibawa ke puskesmas atau petugas kesehatan. - Keluarga mengatakan setiap hari keluarga selalu berkumpul di rumah serta komunikasi dengan masyarakat yang masih terjalin baik - Menurut Tn. S bahwa keluarganya sangat peduli dan sangat perhatian terhadap keadaan kesehatannya dan selalu 		

No.	Data Subjektif	Masalah	Penyebab
	<p>mendukung untuk selalu berobat ke puskesmas secara teratur</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga tampak menunjukkan fungsi keluarga dalam memenuhi fisik, sosial, dan psikologis anggota keluarga - Terlihat adanya sikap peduli dengan anggota keluarga yang mengalami sakit - Tampak adanya kemampuan keluarga untuk pulih dari kondisi sulit - Tampak hubungan dengan masyarakat terjalin positif 		

a. Prioritas Masalah

Skoring data:

1) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
Sifat masalah Skala: aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Tn. S mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat TB paru 3 bulan yang lalu dan ingin segera sembuh dari penyakitnya.
Kemungkinan masalah untuk diubah Skala: mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Sumber daya dan dana keluarga tersedia, tetapi pengetahuan yang mereka miliki kurang terkait penyakit TB paru.
Potensi masalah untuk dicegah Skala: cukup	2	2	$2/3 \times 2 = 1,3$	Mengatasi masalah diperlukan waktu yang cukup, supaya mereka dapat mengenal penyakit TB paru dan mengerti bagaimana cara mencegah dan penularan penyakit.
Menonjolnya masalah Skala: masalah perlu segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga merasakan hal tersebut sebagai masalah dan ingin segera untuk mengatasinya.
Jumlah skor	5,3			

2) Perilaku kesehatan cenderung berisiko

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
Sifat masalah Skala: aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Merupakan ancaman kesehatan karena dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan oleh perilaku kesehatan cenderung berisiko
Kemungkinan masalah untuk diubah Skala: sebagian	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Masalah dapat diatasi sebagian karena keluarga memiliki fasilitas dan kemauan untuk menjaga kebersihan lingkungan
Potensi masalah untuk dicegah Skala: cukup	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga menyadari jika hal tersebut merupakan perilaku yang berisiko mengganggu kesehatan. Ketidakmampuan keluarga dalam mengubah kebiasaan tersebut
Menonjolnya masalah Skala: masalah perlu	1	1	$1/2 \times 1 = 0,5$	Keluarga menyadari hal tersebut sebagai pencetus masalah kesehatan

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
segera ditangani				
Jumlah skor	4,5			

3) Kesiapan peningkatan proses keluarga

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
Kemungkinan masalah untuk diubah Skala: Mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Masalah dapat diatasi dengan mudah karena keluarga yang tampak menunjukkan tidak ada hambatan dan ingin mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya
Potensi masalah untuk dicegah Skala: Rendah	1	1	$1/3 \times 1 = 0,3$	Masalah dapat diubah karena anggota keluarga memiliki waktu yang cukup

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
Menonjolnya masalah Skala: masalah perlu segera ditangani	1	1	$1/2 \times 1 = 0,5$	Keluarga mengatakan tidak adanya hambatan yang berarti dalam mengintegrasikan program yang ditetapkan untuk mengatasi masalah kesehatan
Jumlah skor	3,8			

Prioritas masalah:

1. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga merawat dalam mengenal masalah anggota keluarga dengan hipertensi
2. Perilaku kesehatan cenderung berisiko b.d kurang terpapar informasi
3. Kesiapan peningkatan proses keluarga
(SDKI, 2017)

4) Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.1 Tabel Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Keluarga (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Interval (SIKI)
Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x diharapkan manajemen kesehatan keluarga Tn. S meningkat. Kriteria Hasil: 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat	Dukungan koping keluarga Observasi: 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi beban prognosis secara psikologis 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang 4. Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan Terapeutik:

Diagnosa Keperawatan Keluarga (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Interval (SIKI)
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga 2. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi 3. Diskusikan nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi 4. Diskusikan rencana medis dan perawatan 5. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga 6. Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, <i>jika perlu</i>

Diagnosa Keperawatan Keluarga (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Interval (SIKI)
		<ol style="list-style-type: none"> 7. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (misal tempat tinggal, makanan, dan pakaian) 8. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien 9. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan 10. Hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan kemajuan secara berkala

Diagnosa Keperawatan Keluarga (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Interval (SIKI)
		2. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia Kolaborasi: 1. Rujuk untuk terapi keluarga, <i>jika perlu</i>
Perilaku kesehatan cenderung berisiko	Setelah dilakukan kunjungan 2x diharapkan perilaku kesehatan Tn. S dan keluarga membaik. Kriteria hasil: 1. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat	Promosi perilaku upaya kesehatan Observasi: 2. Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat digunakan Terapeutik: 1. Berikan lingkungan yang mendukung kesehatan 2. Orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan Edukasi: 1. Anjurkan menggunakan air bersih

Diagnosa Keperawatan Keluarga (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Interval (SIKI)
	Kemampuan peningkatan kesehatan meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan mencuci tangan dengan air bersih dan sabun 3. Anjurkan memberantas jentik di rumah seminggu sekali 4. Anjurkan makan sayur dan buah setiap hari 5. Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari 6. Anjurkan tidak merokok di rumah
Kesiapan peningkatan proses keluarga	Setelah dilakukan kunjungan keluarga diharapkan mampu untuk berubah dalam hubungan	Promosi keutuhan keluarga Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pemahaman keluarga terhadap masalah

Diagnosa Keperawatan Keluarga (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Interval (SIKI)
	<p>atau fungsi keluarga membaik.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptasi keluarga terhadap situasi meningkat 2. Adaptasi keluarga terhadap perubahan meningkat 3. Aktivasi mendukung pertumbuhan anggota keluarga meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi adanya konflik prioritas antar anggota keluarga 3. Identifikasi mekanisme koping keluarga 4. Monitor hubungan antar anggota keluarga <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hargai privasi keluarga 2. Fasilitasi kunjungan keluarga 3. Fasilitasi keluarga melakukan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah 4. Fasilitasi komunikasi terbuka antar setiap anggota keluarga <p>Edukasi:</p>

Diagnosa Keperawatan Keluarga (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Interval (SIKI)
		1. Informasikan kondisi pasien secara berkala kepada keluarga 2. Anjurkan anggota keluarga mempertahankan keharmonisan keluarga Kolaborasi: 1. Rujuk untuk terapi keluarga, <i>jika perlu</i>

5. Implementasi Keperawatan Keluarga

Tabel 5.1 Implementasi Keperawatan Keluarga

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Ttd
1.	04/01/21 Pukul 10.00 WIB	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x terjadi peningkatan manajemen kesehatan. Tn. S dan keluarga mampu menjelaskan masalah kesehatan yang dialami serta mengatasi masalah kesehatan dengan tepat.	<p>Dukungan coping keluarga</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Mengidentifikasi beban prognosis secara psikologis 3. Mengidentifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga 	

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Ttd
				<ol style="list-style-type: none"> 2. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan 3. Memfasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga 4. Memfasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, <i>jika perlu</i> 5. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (misal tempat tinggal, makanan, dan pakaian) 	

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Ttd
				<p>6. Memfasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien terkait pengobatan dan perawatan TB paru</p> <p>7. Menghargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan kemajuan secara berkala 2. Menginformasikan fasilitas perawatan 	

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Ttd
				kesehatan yang tersedia terkait TB Paru	
2.	05/01/21 Pukul 10.00 WIB	Perilaku kesehatan cenderung berisiko	Setelah dilakukan kunjungan 2x, perilaku kesehatan Tn. S dan keluarga membaik keluarga mampu melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat dan kemampuan peningkatan kesehatan meningkat	Promosi perilaku upaya kesehatan Observasi: 1. Mengidentifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat digunakan Terapeutik: 2. Memberikan lingkungan yang mendukung kesehatan agar tidak menjadi media penularan penyakit lainnya 3. Mengorientasi pelayanan kesehatan yang dapat	

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Ttd
				<p>dimanfaatkan oleh keluarga</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan menggunakan air bersih 2. Menganjurkan mencuci tangan dengan air bersih dan sabun 3. Menganjurkan makan sayur dan buah setiap hari 4. Menganjurkan tidak merokok di rumah 	
3.	06/01/21 Pukul 10.00 WIB	Kesiapan peningkatan proses keluarga	Setelah dilakukan kunjungan keluarga, fungsi keluarga dengan adaptasi keluarga terhadap	<p>Promosi keutuhan keluarga</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pemahaman keluarga terhadap masalah 	

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Ttd
			situasi, terhadap perubahan meningkat serta mendukung pertumbuhan anggota keluarga meningkat.	2. Mengidentifikasi adanya konflik prioritas antar anggota keluarga 3. Mengidentifikasi mekanisme koping keluarga 4. Memonitor hubungan antar anggota keluarga Terapeutik: 1. Menghargai privasi keluarga 2. Memfasilitasi kunjungan keluarga 3. Memfasilitasi keluarga melakukan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah	

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Ttd
				4. Memfasilitasi komunikasi terbuka antar setiap anggota keluarga Edukasi: 1. Mengajukan anggota keluarga mempertahankan keharmonisan keluarga	

6) Catatan Perkembangan

Tabel 6.1 Catatan Perkembangan

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Catatan Perkembangan	Ttd.
1.	04/01/21	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	<p>S: Keluarga mengatakan cukup mengerti tentang pengobatan dan perawatan TB Paru serta akan kontrol secara rutin</p> <p>O: Keluarga tampak mengerti dan dapat menyebutkan 3 dari 5 hal yang perlu dilakukan untuk mencegah penularan</p> <p>A: Masalah teratasi sepenuhnya</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	
2.	05/01/21	Perilaku kesehatan cenderung berisiko	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tn. S dan kedua anaknya mengatakan akan mengurangi perilaku kebiasaan merokoknya, terutama Tn. S. ➤ Keluarga akan melakukan hal yang dianjurkan untuk mengurangi risiko terjadinya penyakit <p>O:</p>	

No.	Tanggal	Dx Keperawatan	Catatan Perkembangan	Ttd.
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tn. S dan keluarga tampak mengerti dan sudah tidak baju bergantung lagi serta <p>A: Masalah teratasi sebagian P : Hentikan intervensi</p>	
3.	06/01/21	Kesiapan peningkatan kesehatan keluarga	<p>S : Keluarga mengatakan akan meningkatkan kesehatan yang ada di keluarga nya</p> <p>O : -</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang Ayu H. 2012. Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga. Denpasar: Sagung Seto.
- Afdal, A. (2015). Pemanfaatan konseling keluarga eksperensial untuk penyelesaian kasus kekerasan dalam rumah tangga. *Jurnal EDUCATIO: Jurnal Pendidikan Indonesia*
- Agrina, Zulfitri R. 2012. Efektivitas Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Mengatasi Masalah Kesehatan di Keluarga. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 81-84.
- Ali, H. Zaidin. 2009. Pengantar Keperawatan Keluarga. Jakarta: EGC.
- Almasitoh, U. H. (2012). Model terapi dalam keluarga. *Jurnal Magistra No. 80, ISSN 0215, 9511*.
- Andarmoyo, S. 2012. Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Bailon & Maglaya. 1987. Perawatan Kesehatan Keluarga. Jakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Dion, Y., Yasinta B. 2015. Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik. Yogyakarta: Nuha Media.
- Fatma, S. H. (2019). *Bowenian family therapy* untuk meningkatkan *self-differentiation* pada keluarga dengan kasus poligami. *Jurnal Psikologi Islam*, 6(2), 51-62.
- Febrianti, Ida. 2014. Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 61-70.
- Friedman, M. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik. Jakarta: EGC.
- Harlinawati. 2013. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Sulawesi: Pustaka As Salam.
- Harmoko. 2012. Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Herman, H., & Kusbaryantlo, K. (2020). Pengaruh Edukasi *Family Therapy* pada Keluarga terhadap Pencegahan Perilaku Kekerasan Bullying pada Anak: Literature Review. *Citra Delima: Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung*, 4(1), 41-51.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Jhonson L & Leny R. 2017. Keperawatan Keluarga Plus Contoh Askep Keluarga. Yogyakarta: Nuha Media.
- Setiawati, S., Agus Citra D. 2008. Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga. Jakarta: Trans Info Media.
- Lee, Khoo Be. dan Mohd Hashim bin Othman. (2007). “Pendekatan Kaunseling Keluarga Satir”, *Pendidikan Kaunseling*.
- Mubarak, Wahid Iqbal, dkk. (2012). Ilmu Keperawatan Komunitas 2; Konsep dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika
- Nurihsa, A. J. (2014). *Bimbingan dan Konseling*, Bandung: Refika Aditama, hal. 10

- Simamora, R. H. (2019). *Menjadi Perawat yang: CIH'HUY*. Surakarta: Kekata Publisher
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Tomey, & Alligood. (2006). *Nursing theorist and their work, Six Edition*, St.Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Widagdo, Wahyu. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Zendrato, S. A. (2019, September 28). *Pentingnya Berpikir Kritis untuk Menerapkan Proses Keperawatan*. osf. io.

TENTANG PENULIS



A. Biodata

Nama Lengkap	Ns.Tri Wahyuni, S.Kep.M.Kep
Jenis Kelamin	Perempuan
Program Studi	S1 Keperawatan
NIDN	1102068902
Tempat, Tanggal Lahir	Batang Tarang, 2 Juni 1989
Email	tri@stikmuhptk.ac.id
No. tlp/HP	082151137474
Pekerjaan	Dosen STIK Muhammadiyah Pontianak

B. Riwayat Pendidikan

Institusi		Jurusan	Tahun Masuk	Tahun Lulus
SD	SDN 03 Batang Tarang	-	1995	2000
SMP	SLTP N 01 Batang Tarang	-	2000	2003
SMA	SLTA N01 Sanggau	IPS	2003	2006
S1	Universitas Muhammadiyah Malang	Keperawatan	2006	2012
S2	Universitas Muhammadiyah Jakarta	Medikal Bedah	2015	2017

C. Riwayat Publikasi Jurnal

No.	Judul Artikel Ilmiah	Tahun
1.	Penyuluhan Kesehatan tentang Kesehatan Jiwa Usia Muda (Remaja) Pendekatan Keluarga dan Agama sebagai Preventif Psychosocial Trauma	2019
2.	<i>Education (Self Care) in Tuberculosis Patients With Experimental Quasi Design</i>	2019
3.	<i>Interoensi Supportive Educative System Based on Self Care and Family Centered Bursing Model To Family Support in Teaching Cough Ethics and Correct Sputum Disposal of TBC Patients at Sanggau Ledo Health Center, Bengkayang District</i>	2020
4.	Pendampingan Penggunaan <i>Screening</i> Luka Kaki Diabetes untuk Tenaga Kesehatan dan Kader di Daerah Terpencil – <i>Journal of Character Education in Society</i>	2020
5.	Uji inter-rater Reliability, Sensitivitas dan Spesifitas Alat Ukur pada Luka Berongga - <i>Journal of Character Education in Society</i>	2020
6.	Pencegahan terjadi <i>Injury</i> : (Tuberkulosis) Serta Mengajarkan Menggunakan Masker dengan Benar pada Anak Usia Dini (PAUD) di Mutiara Sejahtera Pontianak Timur	2021
7.	Upaya Pengendalian Risiko Infeksi Melalui <i>Knowledge Sharing</i> Teknik Pembuangan Sputum Anak Sekolah	2021

D. Riwayat Publikasi Buku

No.	Nama Buku	Tahun
1.	Panduan <i>Self Care</i> pada Tuberkulosis Paru	2018
2.	Teori Keperawatan dan Aplikasinya	2018



<i>Name</i>	Parliani
<i>Date of birth</i>	September 8 th , 1990
<i>Sex</i>	Female
<i>Nationality</i>	Indonesian
<i>E-mail address</i>	parliani@stikmuhtk.ac.id
<i>Academic degrees</i>	<p>September 2012, bachelor degree in nursing with grade excellent (grade point average 3.52). The tittle of paper “Efficacy of tapioca in wound recuperation in experimental wistar (rattus norvergicus strin wistar)</p> <p>September 2013, registered nurse with grade excellent (grade point average 4.00)</p> <p>July 2016, Master of Nursing Science with grade 3.87 with tittle of thesis “Development of risk assessment tool for</p>

	<i>diabetic foot ulcer among diabetes mellitus patients in Indonesia”</i>
<i>Major field</i>	<i>Nursing</i>
<i>Career history</i>	<i>2013 – present lecturer in STIK Muhammadiyah Pontianak, Indonesia 2018 – present staff in international office in STIK Muhammadiyah Pontianak</i>
<i>Professional membership</i>	<i>Nurse association in Indonesia</i>
<i>List of publications</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2020, <i>Efficacy of d-glocuse and d lactose in wound recuperation in experimental rabbit</i> 2. 2020, <i>Self-care management in diabetes mellitus patient in urban area - IOSR Journal of Nursing and Health Science Vol 9 (11)</i> 3. 2020, <i>Cultural appropriateness of risk assessment tool for diabetic foot ulcer among diabetes mellitus patients – American Journal of Humanities And Social Science 4 (9)</i> 4. 2018, <i>Psychometric properties of risk assessment tool for diabetic foot ulcer among diabetes mellitus patients – wound repair and regeneration 26 (2)</i> 5. 2020, <i>Pendampingan penggunaan screening luka kaki</i>

	<p><i>diabetes untuk tenaga kesehatan dan kader di daerah terpencil – Journal of Character Education in Society</i></p> <p>6. 2013, <i>Efficacy tapioca in wound recuperation of experimental mouse – The 1st Borneo International Nursing Conference</i></p> <p>7. 2020, <i>Uji inter-rater reliability, sensitivitas dan spesifitas alat ukur pada luka berongga - Journal of Character Education in Society</i></p> <p>8. 2020, <i>Intervention supportive education system based on self care and family centerrd nursing model to family support in teaching cough ethics and correct sputum disposal of TBC – Britain International of Exact Science Journal</i></p>
<p><i>Book publications</i></p>	<p>1. 2017, <i>The Basic Principles in Research and Nursing Process</i></p> <p>2. 2018, <i>Teori Keperawatan dan Aplikasinya</i></p> <p>3. 2018, <i>Tuberculosis Paru</i></p>



Dwiva Hayati, S. Kep, lahir di Kedamin Hulu pada 3 Juli 1998. Penulis memulai jenjang pendidikannya di TK Darussalam Putussibau (2003), Madrasah Ibtidaiyah Putussibau (2004), SMPN 1 Putussibau (2010), dan SMAN 1 Putussibau (2013). Kemudian, penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang S1 Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan (STIK) Muhammadiyah Pontianak (2016) dan sedang dalam proses tahap profesi ners saat ini.

Selain itu, penulis juga turut aktif dalam kegiatan organisasi *STIK English Club (SECUB)*, mengikuti *International Nursing Student Forum (INSF)*, dan program *Student Exchange* Indonesia-Guangzhou, China. Buku ini menjadi salah satu buku pertama yang dipublikasikan oleh penulis dengan berkolaborasi bersama dua penulis berpengalaman lainnya.

CV Jejak akan terus bertransformasi
untuk menjadi media penerbitan
dengan visi memajukan dunia literasi
di Indonesia. Kami menerima berbagai
naskah untuk diterbitkan.

Silakan kunjungi *web*
jejakpublisher.com untuk info lebih
lanjut
