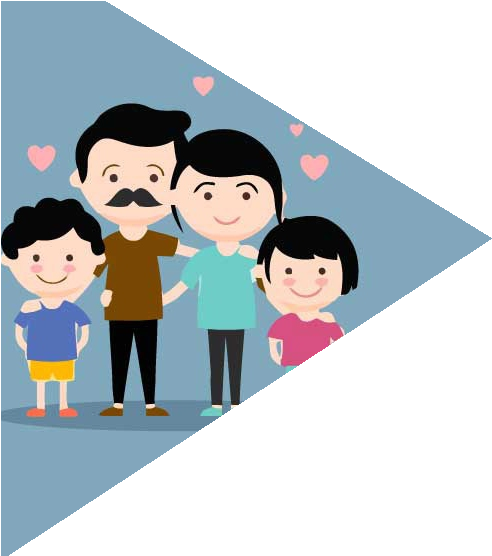
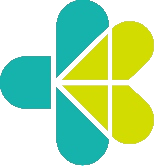
MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN KELUARGA



>> **Tim Keperawatan Keluarga**

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



MODUL PRAKTIKUM

KEPERAWATAN KELUARGA

DISUSUN OLEH

Imam Subekti, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom. Tri Nataliswati, S.Kep., Ns., M.Kep.

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D**-**III KEPERAWATAN MALANG TAHUN 2018



**VISI DAN MISI**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN**

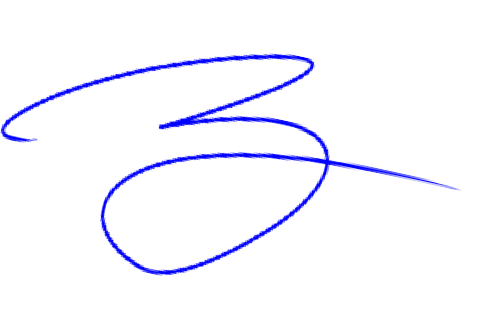
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

## Visi:

**“Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang Berkarakter dan Unggul Terutama di Bidang Keperawatan Komunitas pada Tahun 2019”**

**Misi:**

1. Menyelenggarakan program pendidikan tinggi vokasi bidang keperawatan dengan keunggulan keperawatan komunitas sesuai Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, berdasarkan Pancasila, didukung teknologi informasi, dan sistem penjaminan mutu
2. Melaksanakan penelitian terapan dibidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berbasis hasil penelitian terapan di bidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
4. Meningkatan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang pendidikan keperawatan
5. Mengembangkan kerjasama Nasional dan Internasional dalam rangka Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang keperawatan
6. Melaksanakan tatakelola organisasi yang kredibel, transparan, akuntabel, bertanggungjawab, dan adil
7. Meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia yang profesional dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi



**LEMBAR PENGESAHAN**

Modul Praktikum mata kuliah Keperawatan Keluarga Tahun 2018 adalah dokumen resmi dan digunakan pada kegiatan Pembelajaran Praktikum Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan di Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Disahkan pada tanggal Juli 2018

|  |  |
| --- | --- |
| Direktur  Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  **Budi Susatia, S.Kp M.Kes NIP. 19650318 198803 1002** | Ketua Jurusan Keperawatan  **Imam Subekti, S.Kp M.Kep Sp.Kom NIP. 196512051989121001** |

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia- Nya sehingga penyusunan Modul Praktikum Keperawatan Keluarga dapat diselesaikan.

Penyusunan modul ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Budi Susatia, S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang atas arahan dan bimbingannya.
2. Imam Subekti, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penyusunan modul.
3. Rekan sejawat dosen di lingkungan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan modul ini.

Semoga penyusunan modul ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan dan pihak lain yang membutuhkan.

Malang, Juli 2018 Penyusun

## DAFTAR ISI

A. Cover Luar

B. Cover Dalam ................................................................................................ i

C. Visi dan Misi................................................................................................ ii

D. Lembar Pengesahan .................................................................................... iii

E. Kata pengantar ............................................................................................. iv

F. Daftar isi ...................................................................................................... v

G. BAB I PENDAHULUAN

[1.1 Deskripsi ................................................................................................ 1](#_TOC_250007)

[1.2 Capaian Pembelajaran............................................................................ 1](#_TOC_250006)

[1.3 Peserta .................................................................................................... 1](#_TOC_250005)

H. BAB II LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN

2.1 PRAKTIKUM : Asuhan Keperawatan Keluarga pada Keluarga Rentan dan Keluarga dengan Tumbuh Kembang

[a. Landasan Teori.................................................................................. 2](#_TOC_250004)

b. Teknik Pelaksanaan .......................................................................... 32

[I. TATA TERTIB ............................................................................................. 33](#_TOC_250003)

J. SANGSI ........................................................................................................ 34

[K. EVALUASI ................................................................................................. 34](#_TOC_250002)

[L. REFERENSI ................................................................................................ 34](#_TOC_250001)

[M. LAMPIRAN................................................................................................ 35](#_TOC_250000)

# BAB 1 PENDAHULUAN

## DESKRIPSI

Praktikum keperawatan keluarga merupakan praktikum untuk memberikan pengalaman belajar kepada Anda untuk mempraktikkan bagaimana melakukan pengkajian keperawatan keluarga setelah Anda mendapatkan teori tentang pengkajian keperawatan keluarga. Kegiatan praktikum pengkajian keperawatan keluarga sangat perlu bagi Anda yang bekerja di tatanan komunitas.

Kegiatan pengkajian keperawatan keluarga dapat mengidentifikasi permasalahan kesehatan keluarga yang dihadapi. Selanjutnya melalui identifikasi masalah ini akan dapat ditentukan penyelesaian permasalahan kesehatan yang dihadapi dengan melibatkan partisipasi keluarga. Keterampilan dalam melakukan pengkajian keperawatan ini adalah hal yang penting, karena akan berpengaruh pada tahap proses keperawatan berikutnya.

Untuk memperoleh keterampilan dalam melakukan pengkajian, Anda perlu belajar dan mempraktekkan pengkajian keperawatan keluarga yang dipaparkan dalam panduan praktikum ini. Secara umum, kemampuan yang akan Anda capai setelah mempelajari bab praktikum ini adalah Anda mampu melakukan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga rentan dan keluarga dengan tumbuh kembang.

## CAPAIAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari panduan praktikum keperawatan keluarga mahasiswa dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga rentan dan keluarga dengan tumbuh kembang.

## PESERTA

Peserta pembelajaran praktikum adalah mahasiswa Tingkat III semester V.

## BAB 2

**LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN**

**2.1 Praktikum (Waktu : 14 x 170 menit)**

Oleh :

Imam Subekti, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom. Tri Nataliswati, S.Kep., Ns., M.Kep.

## LANDASAN TEORI

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA**

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga**

Menurut Nursalam (2008) dalam bukunya Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang berhubungan dan berurutan yaitu penkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Menurut Nursalam (2008) dalam bukunya Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, pengumpulan data dalam proses keperawatandilakukan dengan cara :

1. Observasi

Metode pengumpulan data dimana data dikumpulkan melalui observasi visualmelalui indera yang berlangsung terus-menerus, dimana data yang dikumpulkan harus obyektif dan harus dicatat apa adanya (bukan penafsiran sendiri), diantaranya yang berkaitan dengan lingkungan fisik, misalnya ventilasi, penerangan, kebersihan dan sebagainya.

1. Wawancara

Suatu pembicaraan terarah, percakapan dengan maksud pengumpulan data, dan dapat dilakukan secara formal dan informal, dimana perlu tekhnik khusus, dan otoritas yang kita gunakan sesedikit mungkin, misalnya pemeriksaan fisik, mental, sosial budaya, ekonomi, kebiasaan, lingkungan dan sebagainya.

1. Studi dokumentasi

Mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan materi pembahasan seperti data dari puskesmas, data perkembangan kesehatan anak (KMS), kartu keluarga dan catatan-catatan kesehatan lainnya.

1. Pemeriksaan fisik

Cara pengumpulan data melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi serta pemeriksaan tanda-tanda vital.

Menurut Nursalam (2008) dalam bukunya Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik dinyatakan, pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu pengkajian yang benar, akurat, lengkap dan sesuai dengan kenyataan sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dari American Nursing Assosiation (ANA).

Menurut Suprajitno (2004) dalam bukunya Asuhan Keperawatan Keluarga, menyatakan beberapa hal yang perlu dilakukan pada pengkajian, yaitu :

* 1. Membina hubungan yang baik anatara perawat dan klien (keluarga) merupakan modal utama untuk melaksanakan asuhan keperawatan. Hubungan tersebut dapat

dibentuk dengan menerapkan strategi perawat untuk memberikan bantuan kepada klien untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya.

* + 1. Diawali dengan perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah.
    2. Menjelaskan tujuan kunjungan.
    3. Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelsaikan masalah kesehatan yang ada.
    4. Menjelaskan luas kesanggupan bantuan perawat yang dapat dilakukan, dan menjelaskan kepada keluarga tentang tim kesehatan lainnya yang menjadi jaringan perawat.
  1. Pengkajian ini berfokus sesuai data yang diperoleh dari unit layanan kesehatan.
  2. Pengkajian lanjutan, yaitu : tahap pengkajian untuk memperoleh data yang lebih lengkap sesuai masalah kesehatan keluarga yang berorientasi pada pengkajian awal. Disini perawat mengungkapkan keadaan keluarga hingga penyebab dari masalah kesehatan yang paling mendasar.

Menurut suprajitno (2004) dalam bukunya Asuhan Keperawatan Keluarga, data yang dikajian dalam asuhan keperawatan keluarga yaitu :

1. Berkaitan dengan keluarga
   1. Data demografi dan sosiokultural
   2. Data lingkungan
   3. Struktur dan fungsi keluarga
   4. Stres dan koping keluarga yang digunakan keluarga
   5. Perkembangan keluarga
2. Berkaitan dengan individu sebagai anggota keluarga
   1. Fisik
   2. Mental
   3. Emosi
   4. Sosial
   5. Spritual

Menurut Nursalam (2008) dalam bukunya Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, ada tiga metode yang digunakan dalam pengumpulan data pada tahap pengkajian, yaitu :

1. Komunikasi

Interaksi perawat dengan klien harus berdasarkan komunikasi. Istilah komunikasi terapeutik adalah suatu tehnik dimana usaha mengajak klien dan keluarga untuk menukar pikiran dan perasaan.

1. Observasi

Tahap kedua pengumpulan data adalah dengan observasi.Observasi adalah mengamati perilaku, keadaan klien dan lingkungan.

1. Pemeriksaan fisik

Empat tehnik dalam pemeriksaan fisik, yaitu :

* 1. Inspeksiadalah suatu proses observasi yang dilaksanakan secara sistematik.Observasi dilaksanakan dengan menggunakan indra penglihatan,dan penciuman sebagai suatu alat untuk mengumpulkan data.
  2. Palpasi adalah suatu tehnik menggunakan indra peraba.Tangan dan jari adalah suatu instrument yang sensitif yang digunakan untuk mengumpulkan data tentang : temperatur, tugor, bentuk, kelembaban, vibrasi, dan ukuran.
  3. Perkusi adalah suatu pemeriksaandengan jalan mengetuk untuk membandingkan kiri kanan pada setiap permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suara.
  4. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Menurut Sri Setyowati dan Arita Murwani (2008) dalam bukunya Asuhan Keperawatn Keluarga, hal-hal yang perlu digali dalam pengkajian antara lain :

1. Pengumpulan data
   1. Data umum
      1. Nama KK, Alamat dan telpon
      2. Komposisi keluarga (dilengkapi genogram 3 generasi)
      3. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut.

* + 1. Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.

* + 1. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

* + 1. Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi ditentukan oleh pendapatan baik kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya.Selain itu status ekonomi keluarga ditentukan oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

* + 1. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan saja keluarga pergi

bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan menonton TV dan mendengar radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

* 1. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
     1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga tertinggi saat ini dicapai oleh keluarga, misalnya anggota keluarga terdiri dari lansia, remaja, balita, maka tahap perkembangan keluarga saat ini adalah lansia (bila lansia ikut dengan keluarga) tetapi bila tidak maka tahapannya adalah keluarga dengan remaja.

* + 1. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala.

* + 1. Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing- masing anggota keluarga, pencegahan penyakit, pelayanan kesehatan.

* + 1. Riwayat keluarga sebelumnya

Meliputi data-data tentang riwayat orang tua dari pihak suami maupun isteri. Lingkungan

* + 1. Karateristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasikan dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah tangga, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta denah

rumah.

* + 1. Karateristik tetangga dan komunitas RT

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat.

* + 1. Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat.

* + 1. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga berinteraksi dengan masyarakat.

* + 1. Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan.Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

* 1. Struktur keluarga
     1. Pola komunikasi

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

* + 1. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.

* + 1. Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

* + 1. Nilai dan norma keluarga

Meliputi data tentang nilai-nilai, norma yang dianut keluarga, misalnya keluarga menerapkan aturan agar setiap anggota keluarga sudah berada dirumah sebelum magrib.

* 1. Fungsi keluarga
     1. Fungsi afektif

Gambarananggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya,

* + 1. Fungsi sosialis

Hal yang perlu dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.

* + 1. Fungsi keperawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit.Sejauhmana pengetahuan keluarga mengenai konsep sehat-sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambilkeputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan keluarga mampu memanfaatkan

fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat.

* + 1. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi keluarga berapa jumlah anak, bagaimana keluarga merencanakan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

* + 1. Fungsi ekonomi

Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan, sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

* 1. Stres dan koping keluarga
     1. Stresor jangka pendek dan jangka panjang
        + Stressor jangka pendek yaitu stressor yang memerlukan penyelesaian dalam waktu ± 6 bulan.
        + Stressor jangka panjang yaitu stressor yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.
     2. Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Hal yang eprlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi/stressor.

* + 1. Strategi koping

Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

* + 1. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga apabila menghadapi permasalahan.

* 1. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga.Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik.

* 1. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

* 1. Dasar data pengkajian pasien Kanker berdasarkan Doenges (2000)yaitu :
     1. Aktivitas dan istirahat

Gejala : Kelemahan atau keletihan, perubahan pada pola istirahat dan jam kebiasaan tidur, adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur.

* + 1. Sirkulasi

Gejala : Palpitasi, nyeri dada pada pergerakan kerja, perubahan pada tekanan darah (hipotensi)

* + 1. Integritas ego

Gejala : Faktor stress dan cara mengatasi stress, masalah tentang perubahan dalam penampilan, menyangkal diagnosis, perasaan tidak berdaya.

Tanda : Menyangkal, menarik diri, marah

* + 1. Eliminasi

Gejala : Perubahan pada pola defekasi, perubahan eliminasi urinarius Tanda : Perubahan pada bising usus, distensi abdomen

* + 1. Makanan dan cairan

Gejala : Kebiasaan Diet buruk, anoreksia, intoleransi aktivitas, perubahan pada berat badan

Tanda : Perubahan pada kelembaban atau turgor kulit, edema

* + 1. Neurosensori

Gejala : Pusing, sinkope

* + 1. Nyeri dan kenyamanan

Gejala : Tidak ada nyeri atau derajat bervariasi

* + 1. Pernapasan

Gejala : Merokok

* + 1. Keamanan

Gejala : Pemajanan pada kimia toksik, karsinogen, pemajanan matahari lama

Tanda : Demam, ruam kulit, ulserasi

* + 1. Seksualitas

Gejala : Masalah seksual, pasangan seks multiple

* + 1. Interaksi sosial

Gejala : Ketidakadekuatan/kelemahan sistem pendukung, riwayat perkawinan

* + 1. Penyuluhan dan pembelajaran

Gejala : Riwayat kanker pada keluarga, riwayat pengobatan

1. Analisa data

Bailon dan Maglay (1989) dalam bukunya Perawatan Kesehatan Keluarga menyatakan tiga norma perkembangan kesehatan, yaitu :

* 1. Keadaan kesehatan yang normal dari setiap anggota keluarga
  2. Keadaan rumah dan sanitasi lingkungan
  3. Karateristik keluarga

## PERUMUSAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut Sprajitno (2004) dalam bukunya Asuhan Keperawatan Keluarga, perumusan diagnosis keperawatan menggunakan aturan yang telah disepakati, terdiri dari :

1. Masalah (P) adalah menjelaskan status kesehatan atau masalah kesehatan klien secara jelas dan sesingkat mungkin.
2. Penyebab (E) atau etiologi adalah faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah.
3. Tanda atau gejala (S) adalah data-data subjektif dan objektif yang ditemukan sebagai komponen pandukung terhadap diagnosis keperawatan actual dan risiko.

Diagnosis keperawatan menurut Nursalam (2001) adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, membatasi, mencegah dan merubah.

1. Penilaian (skoring) diagnosis keperawatan menurut Bailon dan Maglaya (1978) sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Kriteria** | **Skor** | **Bobot** |
| **1** | **Sifat Masalah Tidak/kurang sehat Ancaman kesehatan**  **-Krisis atau keadaan sejahtera** | **3**  **2**  **1** | **1** |
| **2** | **Kemungkinan masalah dapat**  **diubah**  **Dengan mudah Hanya sebagian Tidak dapat** | **2**  **1**  **0** | **2** |
| **3** | **Potensial masalah untuk dicegah Tinggi**  **Cukup Rendah** | **3**  **2**  **1** | **1** |
| **4** | **Menonjolkan masalah**  **Masalah berat, harus segera**  **ditangani**  **Ada masalah, tetapi tidak segera**  **ditangani Masalah tidak dirasakan** | **2**  **1**  **0** | **1** |

Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan :

* 1. Tentukan skornya sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat.
  2. Skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

x Bobot

* 1. Jumlahkan skor untuk semua criteriaskor tertinggi adalah 5 .

1. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan proritas
2. Sifat masalah

Sifat masalah kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tidak atau kurang sehat diberikan bobot yang lebih tinggi karena masalah tersebut memerlukan tindakan yang segera dan biasanya masalahnya dirasakan atau disadari oleh keluarga.

1. Kemungkinan masalah dapat diubah

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kemungkinan masalah dapat diperbaiki adalah :

* 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 perawatan, misal dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan, dan waktu
  4. Sumber-sumber di masyarakat, dan dukungan sosial masyarakat

1. Potensi masalah dapat dicegah

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kriteria potensi masalah bisa dicegah adalah sebagai berikut :

* 1. Kepelikan dari masalah, berkaitan dengan beratnya penyakit atau masalah, prognosis penyakit atau kemungkinan mengubah masalah. Umumnya makin berat masalah tersebut makin sedikit kemungkinan untuk mengubah atau mencegah sehingga makin kecil potensi masalah yang akan timbul
  2. Lamanya masalah, hal ini berkaitan dengan jangka waktu terjadinya masalah tersebut. Biasanya lamanya masalah mempunyai dukungan langsung dengan potensi masalah bisa dicegah
  3. Kelompok risiko, adanya kelompok risiko tinggi atau kelompok yang peka atau rawan, hal ini menambah masalah bisa dicegah

1. Menonjolnya masalah merupakan cara keluarga melihat dan menilai masalah mengenai beratnya masalah serta mendesaknya masalah untuk diatasi. Hal ini yang perlu diperhatikan dalam memeberikan skor pada cerita ini, perawat

perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga tersebut menilai masalah dan perlu untuk menangani segera, maka harus diberi skor tinggi.

Diagnosis keperawatan menurut Nursalam (2008) dalam bukunya Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik dapat dibedakan menjadi 5 kategori yaitu :

1. Aktual yaitu menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.
2. Risiko yaitu menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi.
3. Potensial yaitu menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah.
4. Diagnosis keperawatan (*Wellness*) adalah keputusan klinis tentang keadaan individu, keluarga dan masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera yang lebih tinggi.
5. Diagnosis keperawatan (*Syndrome*) adalah diagnosis yang terdiri dari kelompok diagnosis keperawatan aktual dan risiko tinggi yang diperkirakan akan muncul atau timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

Menurut Suprajitno (2004) dalam bukunya Asuhan Keperawatan Keluarga menyatakan bahwa tipologi diagnosis keperawatan keluarga dibedakan menjadi tiga kelompok, yaitu :

* 1. Diagnosis aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami oleh keluarga dan memperlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
  2. Diagnosis risiko atau risiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual dapat terjadi dengan cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
  3. Daiagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan.

Perumusan diagnosis keperawatan keluarga menurut Suprajitno (2004) menggunakaan aturan yang telah disepakati, terdiri dari :

1. Masalah (P) adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota keluarga.
2. Penyebab adalah (E) suatu pernyataaan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu pada lima tugas keluarga, yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga, memelihara lingkungan, atau memanfaatkan fasilitas pelayanaan kesehatan.
3. Tanda atau gejalan (S) adalah sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperolehperawat dari keluarga secara langsung atau tidak yang mendukung masalah dan penyebab.

Rumusan problem pada diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Ca Mamae yang mengacu pada buku Rencana Asuhan Keperawatan Doenges edisi 3 adalah :

* 1. Menagement regimen teraupetik tidak efektif
  2. Cemas
  3. Nyeri akut
  4. Kurang pengetahuan
  5. Risiko tinggi infeksi

Menurut Bailon dan Maglaya (1978), etiologi pada diagnosis keperawatan keluarga menggunakan lima sekala ketidak kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugaskesehatan dan keperawatan, yaitu :

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga disebabkan karena
   1. Kurang pengetahuan atau ketidaktahuan fakta
   2. Rasa takut akibat maslah yang diketahui
   3. Sikap dan falsafah hidup
2. Ketidakmampuan dalam mengambil keputusan yang tepat untuk melaksanakan tindakan, disebabkan karena :
   1. Tidak memahami mengenai sifat, berat, dan luasnya masalah
   2. Masalah kesehatan tidak begitu menonjol
   3. Keluarga tidak sanggup memecahkan masalah karena kurang pengetahuan, dan kurangnya sumberdaya keluarga
   4. Tidak sanggup memilih tindakan diantara beberapa pilihan
   5. Ketidakcocokan pendapat dari keluarga
   6. Tidak mengetahui fasilitas kesehatan yang ada
   7. Takut dari tindakan yang dilakukan
   8. Sikap negatif terhadap tindakan petugas atau lembaga kesehatan
   9. Kesalahan informasi terhadap tindakan yang dilakukan
3. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, disebabkan karena :
   1. Tidak mengetahui keadaan penyakit
   2. Tidak mengetahui tentang perkembangan perawat yang dibutuhkan
   3. Kurang atau tidak ada fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
   4. Tidak seimbangnya sumber-sumber yang ada dalam keluarga
   5. Sikap negatif terhadap penyakit
   6. Konflik individu dalam keluarga
   7. Sikap dan pandangan hidup
   8. Perilaku yang mementingkan diri sendiri
4. Ketidakmampuan keluarga dalam memelihara lingkungan rumah yang kondusif yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pribadi anggota keluarga, disebabkan karena :
   1. Sumber-sumber keluarga tidak cukup, diantaranya keuangan, tanggung jawab atau wewenang, keadaan fisik rumah yang tidak memenuhi syarat
   2. Kurang dapat mellihat untung dan manfaat pemeliharaan lingkungan rumah
   3. Ketidaktahuan pentingnya sanitasi lingkungan
   4. Konflik personal dalam keuarga
   5. Ketidaktahuan tentang usaha pencegahan penyakit
   6. Sikap dan pandangan hidup
   7. Ketidakkompakan keluarga, karena sifat mementingkan diri sendiri, tidak ada kesepakatan, acuh terhadap anggota keluarga yang mempunyai masalah
5. Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan sumber dimasyarakat guna memelihara kesehatan, disebabkan karena :
   1. Tidak tahu bahwa fasilitas kesehatan itu ada
   2. Tidak memahami keuntungan yang diperoleh
   3. Kurang percaya terhadap petugas kesehatan atau lembaga kesehatan
   4. Pengalaman yang kurang baik dari petugas
   5. Rasa takut pada akibat tindakan
   6. Tidak terjangkau fasilitas yang diperlukan
   7. Rasa asing dan tidak ada dukungan dari masyarakat

## PERENCANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Menurut Nursalam (2008)dalam bukunya Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik,perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi maslah-masalah yang diidentifikasikan pada diagnosis keperawatan.Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi.Kualitasrencana keperawatan dapat menjamin sukses dan keberhasilan rencana keperawatan, yaitu :

1. Penentuan masalah kesehatan dan keperawatan yang jelas dan didasarkan kepada analisa yang menyeluruh tentang masalah.
2. Rencana yang realistis, artinya dapat dilaksanakan dan dapat menghasilkan apa yang diharapkan.
3. Sesuai dengan tujuan dan falsafah keperawatan.
4. Rencana keperawatan dibuat bersama keluarga dalam:
   1. Menentukan masalah dan kebutuhan perawatan keluarga.
   2. Menentukan prioritas masalah.
   3. Memilih tindakan yang tepat.
   4. Pelaksanaan tindakan.
   5. Penilaian hasil tindakan.
5. Dibuat secara tertulis.

Menurut Friedman dalam Bailon dan Maglaya (1978)proses dalam pengembangan rencana keperawatan keluarga menyangkut penggunaan metode solving atau pemecahan masalah yang terdiri dari beberapa bagian :

1. Menentukan masalah
2. Sasaran dan tujuan
3. Rencana tindakan
4. Rencana untuk mengevaluasi perawatan.

Rencana rumuskan asuhan keperawatan keluarga dengan dengan salah satu anggota keluarga menderita Ca Mamae yang penulis rencanakan berdasarkan Doenges (2000) adalah :

1. Takut atau ansietas Hasil yang diharapkan :
   1. Mengakui dan mendiskusikan masalah.
   2. Menunjukkan rentang perasaan yang tepat.
   3. Melaporkan takut dan ansietas menurun.

Intervensi :

1. Yakinkan informasi pasien tentang diagnosis, harapan, intervensi pembedahan dan terapi yang akan datang.
2. Jelaskan tujuan dan persiapan untuk test diagnostik,
3. Berikan lingkungan perhatian, keterbukaan dan penerimaan juga privasi untuk pasien dan orang terdekat.
4. Dorong pertanyaan dan berikan waktu untuk mengekspresikan takut.
5. Kaji tersedianya dukungan pada pasien.
6. Diskusikan dan jelaskan peran rehabilitasi setelah pembedahan.
7. Kurang pengetahuan
   1. Hasil yang diharapkan:
      1. Mengutarakan pemahaman proses penyakit atau proses praoperasi dan harapan pasca operasi.
      2. Melakukan prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan dari suatu tindakan.
      3. Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan ikut serta dalam regimen perawatan.
   2. Intervensi:
      1. Kaji tingkat pemahaman pasien.
      2. Tinjau ulang patologi khusus dan antisipasi prosedur pembedahan.
      3. Gunakan sumber-sumber bahan pengajaran, audiovisual sesuai keadaan.
      4. Melaksanakan program pengajaran praoperasi individual.
      5. Sediakan kesempatan untuk melatih batuk atau nafas dalam dan latihan otot.
      6. Informasikan pasien atau orang terdekat mengenai rencana perjalanan, komunikasikan dokter/orang terdekat.
8. Nyeri akut
   1. Hasil yang diharapkan:
      1. Mengekspresikan penurunan nyeri atau ketidaknyamanan.
      2. Tampak rileks, mampu tidur atau istirahat dengan tepat.
   2. Intervensi:
      1. Kaji keluhan nyeri, perhatikan lokasi, lamanya dan intensitas. Perhatikan petunjuk verbal dan non verbal.
      2. Diskusikan sensasi masih adanya payudara normal.
      3. Bantu pasien menemukan posisi nyaman.
      4. Berikan tindakan kenyamanan dasar, dorong ambulasi dini dan penggunaan teknik relaksasi.
      5. Tekan dada untuk latihan batuk/nafas dalam.
      6. Berikan obat nyeri yang cepat pada jadwal teratur sebelum nyeri berat/sebelum aktivitas.
9. Risiko infeksi
   1. Kriteria hasil:
      1. Bebas dari proses infeksi nosokomial selama perawatan.
      2. Memperlihatkan pengetahuan tentang faktor risiko yang berkaitan dengan infeksi dan melakukan pencegahan yang tepat untuk mencegah infeksi.
   2. Intervensi:
      1. Identifikasi individu yang berisiko terhadap infeksi nosokomial.
      2. Kurangi organisme yang masuk kedalam individu.
      3. Lindungi individu yang mengalami defisit imun dari infeksi.
      4. Kurangi kerentangan individu terhadap infeksi.
      5. Amati terhadap manifestasi klinis infeksi.
      6. Instruksikan individu dan keluarga mengenai penyebab, risiko dan kekuatan penularan dari infeksi.

## PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Menurut Sri Setyowati dan Arita Murwani (2008) dalam bukunya Asuhan Keperawatn Keluarga, menyebutkan tindakan keperawatan keluarga mencakup hal- hal berikut, yaitu :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, serta mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara mengidentifikasi konsekuensi untuk tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, dan mendiskusikan konsekuensi setiap tindakan.
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah, dan mengawasi keluarga melakukan perawatan.
4. Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan yang menjadi sehat dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga dan melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungklin.
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan cara mengendalikan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga dan membantu keluarga menggunakan fasilitas tersebut.

Menurut Sri Setyowati dan Arita Murwani (2008) dalam bukunya Asuhan Keperawatn Keluarga, menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat melakukan tindakan keperawatan keluarga antara lain :

1. Partisipasi keluarga, mengikutsertakan anggota keluarga dalam sesi-sesi konseling, suportif, dan pendidikan kesehatan.
2. Penyuluhan, upaya-upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau terciptanya suatu kondisi bagi perorangan, kelompok atau masyarakat untuk menerapkan cara-cara hidup sehat.
3. Konseling, yaitu pembimbingan dalam proses memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.
4. Kontrak, persetujuan kerja antara kedua belah pihak yaitu kesepakatan antara keluarga dan perawat dalam kesepakan dalam asuhan keperawatan.
5. Managment kasus yaitu strategi dan proses pengambilan keputusan melalui langkah pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (rujukan, koordinasi dan advokasi)
6. Kolaburasi, kerjasama perawat bersama tim kesehatan yang lain dan merencanakan perawatan yang berpusat pada keluarga.
7. Konsultasi, merupakan kegiatan untuk memberikan pendidikan kesehatan.

Menurut Nursalam (2008) asuhan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara prefesional sebagaimana terdapat dalam standar praktik keperawatan, yaitu :

1. Independen. Asuhan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh perawat tanpa petunjuk dan interaksi dari dokter atau profesi lain.
2. Interdependen. Asuhan keperawatan interdependen menjelaskan kegiatatan yang memperlukan kerja sama dengan profesi kesehatan lain, seperti ahli gizi, fisioterapi, atau dokter.
3. Dependen. Asuhan keperawatan dependen berhubungan dengan pelaksanaan secara tindakan medis. Cara tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilakukan.

## EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealfaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan dan pelaksanaan tindakan Nursalam (2008).

Dalam Nursalam (2008)dalam bukunya Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, dinyatakan evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematik pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan, maka perawat bisa menentukan efektifitas tindakan keperawatan. Evaluasi kualitas asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan :.

1. Evaluasi proses, fokus pada evaluasi proses adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus segera dilaksanakan setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektifitas interfrensi tersebut.
2. Evaluasi hasil, fokus efaluasi hasil adalah prubahan prilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan, bersifat objektif, feksibel, dan efesiensi.

## Dokumentasi

Menurut Nursalam 2008 dalam bukunya Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, perawat mendokumentasikan hasil yang telah atau belum dicapai pada “medical record“. Penggunaan istilah yang tepat perlu ditekankan pada penulisannya, untuk menghindari salah persepsi dan kejelasan dalam menyusun tindakan keperawatan lebih lanjut. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan

yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat. Kegunaan dokumentasi adalah :

* 1. Sebagai alat komunikasi antar anggota keperawatan dan antar anggota tim kesehatan lainnya.
  2. Sebagai dokumentasi resmi dalam system pelayanan kesehatan.
  3. Dapat digunakan alat bahan penelitian dalam bidang keperawatan.
  4. Sebagai alat yang dapat digunakan dalam bidang pendidikan keperawatan.
  5. Sebagai alat pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan keperawatan yang diberikan terhadap pasien.

Keterampilan standar dokumentasi merupakan ketrampilan untuk dapat memenuhi dan melaksanakan standar dokumentasi yang telah ditetapkan dengan tepat. Keterampilan tersebut antara lain keterampilan dalam memenuhi standar dokumentasi pengkajian, diagnosis, rencana, pelaksanaan, dan evaluasi keperawata.

## Dokumentasi pengkajian

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, membuat data dasar tentang klien,dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien.

Jenis dokumentasi pengkajian :

* 1. **Pengkajian awal (*Initial Assesment*)**

Pengkajian awal dilakukan ketika pasien masuk ke rumah sakit.

* 1. **Pengkajian kontinue (*Ongoing Assesment*)**

Pengkajian kontinue merupakan pengembangan data dasar. Informasi yang diperoleh dari pasien selama pengkajian awal dan informasi tambahan

(berupa tes diagnostic dan sumber lain) diperlukan untuk menegakan diagnosis.

## Pengkajian ulang

Data pengkajian ulang merupakan pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi.

## Dokumentasi diagnosis keperawatan

Dalam melakukan pencatatan diagnosis keperawatan digunakan pedoman yaitu :

* 1. Gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah risiko.
  2. Catat diagnosis keperawatan risiko dan risiko tinggi ke dalam masalah atau format diagnosis keperawatan.
  3. Gunakan istilah diagnosis keperawatan yang dibuat dari sumber- sumber diagnosis keperawatan.
  4. Gunakan diagnosis keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, perencanaan, intervensi, dan evaluasi.

## Dokumentasi rencana keperawatan

Dokumentasi rencana keperawatan merupakan catatan keperawatan tentang penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Secara umum pedoman untuk rencana keperawatan yang efektif adalah sebagai berikut :

* 1. Sebelum menulis, cek sumber informasi data.
  2. Buat rencana keperawatan yang mudah dimengerti.
  3. Tulisan harus jelas, spesifik, dapat diukur, dan kriteria hasil sesuai dengan identifikasi masalah.
  4. Memulai instruksikan perawatan harus menggunakan kata kerja seperti catat, informasikan dan lain- lain.
  5. Gunakan pena tinta dalam menulis untuk mencegah penghapusan tulisan atau tidak jelasnya tulisan.

## Dokumentasi implementasi

Dokumentasi intervensi merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan oleh perawat. Dokumentasi intervensi mencatat pelaksanaan rencana perawatan, pemenuhan kriteria hasil dari tindakan keperawatan mandiri dan tindakan kolaboratif. Beberapa pedoman yang dipakai dalam pencatatan intervensi keperawatan adalah:

* 1. Gunakan deskripsi tindakan untuk menentukan apa yang telah dikerjakan.
  2. Berikan keamanan, kenyamanan, dan perhatikan faktor lingkungan pasien dalam memberikan intervensi keperawatan.
  3. Catat waktu dan orang yang bertanggung jawab dalam memberikan intervensi.
  4. Catat prosedur yang tepat.

## Dokumentasi evaluasi

Dokumentasi evaluasi merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang dicapai.Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan perawatan dan untuk mengkomunikasikan status pasien dari hasil tindakan keperawatan.

* 1. Pendokumentasian dengan menggunakan DAR

Semua masalah klien diidentifikasi dalam catatan keperawatan dan terlihat pada rencana keperawatan. Kolom focus dapat berisi :

D : (data)masalah klien A : (action)tindakan

1. : respon klien

Merupakan system dokumentasi dengan konstruksi data tindakan dan evaluasi dimana setiap diagnose keperawatan diidentifikasi dalam catatan perawatan, terkait pada rencana keprawatan atau setiap daftar masalah dari setiap catatan perawat dengan suau diagnose keperawatan.

* 1. Pendokumentasian dengan menggunakan SOAPIE :

1. : Subjektif adalah informasi yang didapat dipasien
2. : Objektif adalah informasi yang didapat dari pengamatan A : Assement adalah analisa masaklah klien
3. : Planning of action adalah rencana tindakan I : Implementasi adalah pelaksanaan tindakan

E : Evaluasi adalah penilaian dari pelaksanaan tindakan

## TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum keperawatan Keluarga, dengan ketentuan sebagai berikut :

* 1. Mencermati skenario kasus.
  2. Mulai bermain peran, mahasiswa memerankan sesuai dengan tugas masing- masing.
  3. Mahasiswa yang memerankan sebagai perawat mulai mengisi format pengkajian yang telah disediakan mulai dari wawancara hingga pelaksanaan asuhan keperawatan.
  4. Setelah lengkap hingga pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga, kemudian mahasiswa membuat evaluasi asuhan keperawatan keluarga yang disesuaikan dengan kasus.
  5. Mahasiswa wajib mengumpulkan Asuhan Keperawatan Keluarga dalam bentuk hardfile kepada dosen pendamping setelah praktikum selesai.

## TATA TERTIB

Selama melakukan praktikum Keperawatan Keluarga, Anda akan melakukan simulasi seperti pemeriksaan pada situasi nyata di lahan praktik. Melakukan kegiatan pelayanan atau pemeriksaan pada klien dengan menerapkan konsep falsafah keperawatan, yaitu memperlakukan klien sebagai manusia secara utuh dengan memperhatikan aspek biopsikososialspiritual, serta memperhatikan aspek perilaku professional pelayanan (professional behavior) yang meliputi komunikasi, etika, etiket, moral serta tanggap terhadap sosial budaya klien. Sehubungan dengan hal tersebut, maka perlu dibuat tata tertib agar simulasi pemeriksaan pasien ini dilakukan sesuai standar pelayanan keperawatan dan sesuai dengan situasi nyata di lahan praktik.

Tata tertib praktikum adalah sebagai berikut:

* 1. Mengecek persiapan alat yang diperlukan pada kegiatan praktikum dan memenuhi prosedur peminjaman alat sesuai ketentuan yang berlaku di laboratorium skill.
  2. Hadir sebelum praktikum dimulai dan telah siap dengan Buku Materi praktikum serta alat-alat tulis.
  3. Teori praktikum harus sudah dipelajari demi kelancaran melakukan keterampilan klinik kebidanan.
  4. Selama praktikum, praktikan dilarang makan, minum,merokok, gaduh, melakukan coretan-coretan pada phantom atau media yang ada di laboratorium dan berbicara yang tidak perlu dengan sesama praktikan atau melakukan aktivitas yang tidak diperlukan dengan sesama praktikan.
  5. Menjaga kebersihan dan keamanan alat bahan, media dan phantoom yang digunakan selama praktikum.
  6. Mengembalikan alat bahan, media dan phantom yang telah digunakan sesuai dengan prosedur pengembalian.
  7. Tanyakan hal-hal yang belum dimengerti selama pelaksanaan praktikum kepada fasilitator.
  8. Lakukan latihan praktik dengan sesama peer group (kelompok kecil), kemudian lakukan simulasi performance asesmen sesama peer group.
  9. Meminta evaluasi performance asesmen akhir praktikum pada pembimbing atau fasilitator atau instruktur praktik klinik Anda.

## SANKSI

* 1. Apabila terjadi pelanggaran terhadap tata tertib yang berlaku akan diberikan sangsu oleh akademik sesuai berat ringannya pelanggaran
  2. Apabila menghilangkan/merusak alat yang dipakai dalam praktikum wajib mengganti

## EVALUASI

Untuk menilai keberhasilan capaian pembelajaran kegiatan praktikum dilakukan evaluasi, yang meliputi :

* 1. Kognitif/pengetahuan yaitu responsi dan partisipasi dalam diskusi
  2. Sikap : yaitu sikap mahasiswa saat melaksanakan prosedur meiputi kesopanan, komunikasi, ketelitian, kesabaran dan respon terhadap anak/klien
  3. Psikomotor : mampu melakukan prosedur sesuai SOP dengan tepat dan benar

## REFERENSI

Herdman, T. Heather. (2012). *Diagnosis Keperawatan (Nanda Internasional)*. EGC.

Jakarta NANDA (2014). *Nursing Diagnosis Definition and Classification* 2015-2017 Tenth Edition. Pondicherry. India.

Maglaya, Arceli. (2009). *Nursing Practice In the Community*. Marikina City: Argonauta Corporation.

*Stanhope,M. & Lancaster.J. (2009). Communtiy health nursing. Process and practice for promoting health. Mosby Company, USA.*

## LAMPIRAN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anggota Keluarga** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Nyeri spesifik:** |  |  |  |  |  |
| Lokasi : Sebutkan |  |  |  |  |  |
| Tipe : Sebutkan |  |  |  |  |  |
| Durasi : Sebutkan |  |  |  |  |  |
| Anggota Keluarga | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Intensitas : Sebutkan |  |  |  |  |  |
| Status mental: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bingung |  |  |  |  |  |
| Cemas |  |  |  |  |  |
| Disorientasi |  |  |  |  |  |
| Depresi |  |  |  |  |  |
| Menarik diri |  |  |  |  |  |
| Sistem integumen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Cianosis |  |  |  |  |  |
| Akral Dingin |  |  |  |  |  |
| Diaporesis |  |  |  |  |  |
| Jaundice |  |  |  |  |  |
| Luka |  |  |  |  |  |
| Mukosa mulut kering |  |  |  |  |  |
| Kapiler refil time lebih 2 detik |  |  |  |  |  |
| Sistem Pernafasan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Stridor |  |  |  |  |  |
| Wheezing |  |  |  |  |  |
| Ronchi |  |  |  |  |  |
| Akumulasi sputum |  |  |  |  |  |
| Sistem perkemihan: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Disuria |  |  |  |  |  |
| Hematuria |  |  |  |  |  |
| Frekuensi |  |  |  |  |  |
| Retensi |  |  |  |  |  |
| Inkontinensia |  |  |  |  |  |
| Sistem muskuloskeletal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tonus otot kurang |  |  |  |  |  |
| Paralisis |  |  |  |  |  |
| Hemiparesis |  |  |  |  |  |
| ROM kurang |  |  |  |  |  |
| Gangg.Keseimb |  |  |  |  |  |
| Sistem pencernaan: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Intake cairan kurang |  |  |  |  |  |
| Mual/muntah |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nyeri perut |  |  |  |  |  |
| Muntah darah |  |  |  |  |  |
| Flatus |  |  |  |  |  |
| Distensi abdomen |  |  |  |  |  |
| Anggota Keluarga | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Colostomy |  |  |  |  |  |
| Diare |  |  |  |  |  |
| Konstipasi |  |  |  |  |  |
| Bising usus |  |  |  |  |  |
| Terpasang Sonde |  |  |  |  |  |
| Sistem persyarafan: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nyeri kepala |  |  |  |  |  |
| Pusing |  |  |  |  |  |
| Tremor |  |  |  |  |  |
| Reflek pupil anisokor |  |  |  |  |  |
| Paralisis : Lengan kiri/ Lengan kanan/ Kaki kiri/  Kaki kanan |  |  |  |  |  |
| Anestesi daerah perifer |  |  |  |  |  |
| Riwayat pengobatan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alergi Obat |  |  |  |  |  |
| Jenis obat yang dikonsumsi |  |  |  |  |  |

**Kasus**

Ibu S (56 tahun) seorang janda, PNS dengan 2 anak, anak pertama D (28 th) belum menikah dan anak kedua K (20 th) mahasiswa semester 6. Ibu S menderita hipertensi sejak suaminya meninggal 5 tahun yang lalu. Keluhan Ibu S saat ini adalah pusing, tidak bisa tidur, dan badan terasa lemas. Ibu S jarang memeriksakan dirinya ke RS karena alasan ekonomi. Ibu S minum obat bila kepalanya pusing saja. Anak-anaknya tidak pernah mengingatkan Ibu S untuk minum obat atau kontrol ke pelayanan kesehatan. Hasil pemeriksaan tekanan darah 160/100 mmHg, denyut nadi: 100 kali/menit, mata merah, wajah sayu dan sering menguap.

Ibu S masih suka makan ikan asin dan sambal yang dibuatnya sendiri. Saat ini,

Ibu S kepikiran anaknya yang pertama belum menikah. Pengambil keputusan adalah Ibu S.

*Analisis data dan masalah keperawatan dari kasus di atas adalah sebagai berikut*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PENGELOMPOKAN DATA** | | **KEMUNGKINAN PENYEBAB** | | **MASALAH KEPERAWATAN**  **KELUARGA** |
| Data Subyektif :   * Ibu S | mengeluh | Ketidakmampuan keluarga | | Nyeri kepala pada Ibu S |
| kepalanya pusing   * Ibu S mengatakan | | dalam merawat keluarga yang | anggota  sakit |
| masih suka makan ikan | | Hipertensi | |
| asin dan sambal | |  | |
| Data Obyektif :   * Tekanan | darah |  | |
| 160/100 mmHg   * Nadi : 100 kali per | |  | |
| Menit | |  | |
| Data Subyektif :   * Ibu S mengeluh tidak | | Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan | | Gangguan kebutuhan istirahat tidur pada Ibu S |
| bisa tidur,   * Ibu S mengatakan saat | | psikologi yang sehat | |
| ini sedang kepikiran | |  | |
| anak pertamanya yang | |  | |
| belum menikah. | |  | |
| Data Obyektif :   * Mata merah * Wajah sayu * Sering menguap | |  | |
| Data Subyektif :   * Ibu S | mengatakan | Ketidakmampuan keluarga dalam merawat dan | | Ketidakefektifan manajemen terapeutik pada Ibu S |
| minum obat kalau | | memotivasi keluarga untuk | |
| kepala pusing dan | | minum obat secara teratur | |
| jarang ke pelayanan | |  | |
| Kesehatan   * Anak-anak Ibu S tidak | |  | |
| ada yang | |  | |
| mengingatkan Ibu S | |  | |
| untuk minum obat | |  | |
| Data Obyektif : | |  | |
| - | |  | |

Masalah keperawatan yang muncul dari kasus di atas adalah :

1. Nyeri pada Ibu S
2. Gangguan kebutuhan istirahat tidur pada Ibu S
3. Ketidakefektifan manajemen terapeutik pada Ibu S

Sekarang coba Anda diskusikan dengan kelompok untuk membuat analisis data pada kasus yang sudah Anda lakukan pengkajian pada Babpraktikum pengkajian keperawatan keluarga dan identifikasi masalah keperawatan keluarga.

## Sekarang coba Anda rumuskan diagnosis keperawatan keluarga pada studi kasus sebagai berikut.

Bp. K (47 th) seorang karyawan pabrik tekstil menderita TB paru sejak 3 bulan yang lalu. Penghasilan per bulan Rp 1.800.000,-. Bp. K dan keluarga tinggal di rumah kontrakan tidak jauh dari pabrik tempat kerjanya dengan ukuran 3 x 4 m. Rumah kontrakannya berdinding tembok, terdiri atas ruang tidur dan dapur yang tidak terpisah. Perabot rumah yang dimiliki satu buah tempat tidur ukuran 1,20 x 2,0 meter, kasur, satu buah televisi 18 Inci dan perabot masak yang sederhana. Rumah kelihatan bersih tetapi pengap, karena ventilasi rumah kurang. Istri Bp. K adalah Ibu T (30 th), sekarang sedang hamil 5 bulan anak kedua. Anak pertama Bp. K adalah An. S (8 th) siswa kelas 2 SD yang saat ini dalam kondisi sehat. Bp. K pernah berobat ke Puskesmas 1 bulan yang lalu dan *drop out* pengobatan. Saat ini Bp. K mengeluh batuk berdahak sudah 3 minggu tidak sembuh-sembuh, padahal sudah minum obat di Warung. Sejak semalam Bp.K mengeluh nafasnya agak sesak sampai keluar keringat dingin. Komunikasi antaranggota keluarga berjalan dengan baik, tidak pernah bertengkar.

Pengambil keputusan di keluarga adalah Bp.K. Tetangga Bp. K mayoritas karyawan pabrik dan hampir keseluruhan adalah pendatang. Keluarga Bp. K sering berkumpul dengan tetangganya dan mengikuti kegiatan di lingkungan rumahnya. Istri Bp. K sangat kepikiran dengan kondisi Bp.K sekarang, karena Bp.K adalah tumpuan keluarga. Istri Bp. K sudah tahu penyakit Tb Paru menular dan sering mengingatkan untuk minum obat tapi Bp. K nya tidak mau.

## Hasil analisis data (mereview Babpraktikum analisis data)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** |
| 1. | Data Subyektif:  Bp. K mengeluh batuk berdahak sudah | Ketidakmampuan | Ketidakefektifan |
|  | 3 minggu tidak sembuh- sembuh, | keluarga dalam | bersihan jalan |
|  | padahal sudah minum obat di Warung. | merawat anggota | nafas pada Bp. K |
|  | Sejak semalam Bp.K mengeluh | keluarga yang sakit |  |
|  | nafasnya agak sesak sampai keluar | TB Paru |  |
|  | keringat dingin. |  |  |
|  | Data Obyektif : |  |  |
|  | RR : 28 |  |  |
|  | x/menit Ronchi |  |  |
|  | + |  |  |
|  | Data Subyektif : | Ketidakmampuan | Risiko terjadinya |
|  | Istri Bp. K mengatakan sekarang | keluarga | penularan pada |
|  | sedang hamil 5 bulan anak kedua, | memodifikasi | keluarga Bpk. K |
|  | Anak pertama Bp. K adalah An. S (8 | lingkungan yang |  |
|  | th) siswa kelas 2 SD yang saat ini | sehat |  |
|  | dalam kondisi sehat. |  |  |
|  | Data Obyektif : |  |  |
| 2 | Rumah kontraknnya dindingnya |  |  |
|  | tembok, terdiri atas ruang tidur dan |  |  |
|  | dapur yang tidak terpisah. Perabot |  |  |
|  | rumah yang dimiliki satu buah tempat |  |  |
|  | tidur ukuran 1,20 x 2,0 meter, kasur, |  |  |
|  | satu buah televisi 18 Inci. Rumah |  |  |
|  | kelihatan bersih tetapi pengap karena |  |  |
|  | ventilasi rumah kurang. |  |  |

Diagnosis keperawatan keluarga yang muncul adalah berikut ini.

* 1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada Bp. K berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit TB Paru, ditandai dengan Bp. K mengeluh batuk berdahak sudah 3 minggu tidak sembuh- sembuh, padahal sudah minum obat di Warung. Sejak semalam Bp.K mengeluh nafasnya agak sesak sampai keluar keringat dingin RR: 28 x/menit, Ronchi +
  2. Risiko terjadinya penularan pada keluarga Bpk. K berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat

Setelah diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan, kemudian dilanjutkan dengan dokumentasi keperawatan atau menyusun pelaporan.