**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Dasar Kesehatan Jiwa**
		1. **Pengertian Kesehatan Jiwa**

Kesehatan jiwa menurut WHO adalah berbagai karakeristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadianya (Rochmawati dkk, 2013). Undang-undang Kesehatan Jiwa Nomor 3 tahun 1996 dijelaskan bahwa kesehatan jiwa merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional secara optimal dari seseorang, dan perkembangan ini berjalan selaras dengan orang lain (Kusumawati & Hartono, 2012).

* + 1. **Kriteria Sehat Jiwa**

Individu yang sehat jiwa ditandai dengan hal-hal sebagai berikut :

1. Sikap positif terhadap diri sendiri

Sikap ini merupakan sikap yang baik terhadap diri sendiri, yaitu tidak merasakan harga diri yang rendah, tidak memiliki pemikiran negatif tentang kondisi kesehatan diri, dan selalu optimis dengan kemampuan diri. Berprasangkan positif terhadap diri sendiri membuat kita lebih percaya diri. Hal ini menjadi penting bagi orang yang selalu memikirkan kekurangan yang ada pada dirinya.

Berprasangka baik terhadap diri sendiri juga merupakan wujud dari sikap kita dalam menghargai diri sendiri, dan tentunya sikap ini akan selalu menjadi kekuatan buat diri kita untuk menjalankan apa yang kita rencanakan. Hal ini karena kita sudah

mempunyai keyakinan atau kemampuan diri kita dalam bertindak, maka apa yang dilakukan akan lebih baik lagi dengan mempunyai sikap menghargai diri sendiri. Sikap menghargai diri sendiri membuat anda yakin atas segala kemampuan yang dimiliki. Sikap tersebut akan tercermin pada tindakan yang dilakukan.

1. Tumbuh kembang dan aktualisasi diri

Aktualisasi diri adalah kebutuhan naluriah pada manusia untuk melakukan terbaik dari yang dia bisa. Aktualisasi diri bukanlah sebutan baru dalam dunia psikologi. Teori yang terkenal adalah teori yang dikemukakan oleh Abraham Maslow tentang hierarki kebutuhan, yang menganggap aktualisasi sebagai tingkatan tertinggi bila semua kebutuhan dasar sudah dipenuhi.

Aktualisasi diri adalah cara mengembangkan potensi diri dari hal yang bisa kita lakukan atau kerjakan. Menjalankan aktualisasi diri sama dengan mengembangkan kemampuan kita tanpa batas. Dengan aktualisasi diri ini, manusia akan tumbuh dan berkembang sesuai dengan kemampuan dan keinginan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya.

1. Integrasi (keseimbangan/keutuhan)

Keseimbangan dalam pengendalian emosi dan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari sangat diperluka sehingga dapat menjalani kehidupan dengan seimbang dan tidak mengalami stres walaupun menemui masalah. Jika seseorang tidak mampu menyeimbangkan emosi dalam kehidupan, maka kemungkinan untuk terjadinya stres akan lebih tinggi.

1. Otonomi

Seseorang dengan sehat jiwa adalah seseorang yang mampu menyelesaikan setiap permasalahan kehidupan sehingga tidak ada ketergantungan dengan sesuatu dalam menjalani setiap masalah yang dihadapi (misalnya: tidak tergantung kepada orang lain, obat dan lain-lain).

1. Persepsi realitas

Persepsi realitas artinya dapat membedakan lamunan dan kenyataan sehingga setiap perilaku dapat dimengerti dan dapat dipahami, dapat menekan dan mengorganisasi emosi sehingga emosi konsisten dengan pengalaman. Selain itu, juga mempunyai pikiran yang logis dan persepsi akurat.

1. Kecakapan dalam beradaptasi dengan lingkungan

Adaptasi adalah proses dimana dimensi fisiologis dan psikososial berubah dalam berespons terhadap stres. Oleh karena banyak stressor yang tidak dapat dihindari, promosi kesehatan difokuskan pada adaptasi individu, keluarga, atau komunitas terhadap stres.

Suatu proses adaptif terjadi ketika stimulus dari lingkugan internal dan eksternal menyebabkan penyimpangan keseimbangan organisme. Adaptasi adalah suatu upaya untuk mempertahankan fungsi yang optimal. Adaptasi melibatkan refleks, mekanisme otomatis untuk perlindungan, mekanisme koping, dan idealnya dapat mengarah pada penyesuaian atau penguatan situasi. Stresor yang menstimulasi adaptasi mungkin berjangka pendek seperti deman, atau berjangka panjang seperti paralisis dari anggota gerak tubuh. Agar dapat berfungsi optimal, seseorang harus mampu berespon terhadap stresor dan beradaptasi terhadap tuntutan atau perubahan yang dibutuhkan. Adaptasi membutuhkan respon aktif dari seluruh individu. Jika seseorang tidak mampu untuk beradaptasi maka kemungkinan untuk mengalami gangguan jiwa akan semakin besar. (Kusumawati dan Hartono, 2012)

* + 1. **Prinsip-prinsip Keperawatan Kesehatan Jiwa**

Ada 11 prinsip keperawatan kesehata jiwa yang meliputi:

1. *Roles and functions of psychiatric nurse: competent care* (peran dan fungsi keperawatan jiwa: perawatan yang kompeten)

Keperawatan jiwa adalah suatu proses interpersonal dengan tujuan untuk meningkatkan dan memelihara perilaku-perilaku yang mendukung terwujudnya satu kesatuan yang harmonis (*integrated*). Ada 4 faktor yang dapat menentukan tingkat penampilan perawat jiwa, yaitu aspek hukum, kualifikasi perawat, lahan praktik, dan inisiatif dari perawat sendiri.

1. *Therapeutic nurse patient relationship* (hubungan yang terapeutik antara perawat dengan klien)

Hubungan perawat klien yang terapeutik adalah pengalaman belajar yang bermakna dan pengalaman memperbaiki emosional klien. Perawat mengunakan atribut-atribut yang ada pada dirinya dan tekhnik ketrampilan klinik yang khusus dalam bekerjasama dengan klien untuk perubahan klien. Kualitas pelayanan dibutuhkan oleh perawat agar dapat menjadi penolong yang efektif, model struktural dan model analisis transaksional digunakan untuk menguji komponen-komponen proses komunikasi dan melakukan identifikasi masalah bersama antara klien dengan perawat.

1. *Conceptual models of psychiatric nursing* (konsep model keperawatan jiwa)

Konsep model keperawatan jiwa terdiri atas 6 macam, yaitu:

* 1. *Psychoanalytical* (Freud, Erickson)
	2. *Interpersonal* (Sulivan, peplau)
	3. *Social* (Caplan, Szasz)
	4. *Existential* (Ellis, Rogers)
	5. *Supportive Therapy* (Wermon, Rockland)
	6. *Medical* (Meyer, Kraeplin)
1. *Stress adaptation model of psychiatric nursing* (model stres dan adaptasi keperawatan jiwa)

Stres adaptasi model Stuart memberikan asumsi bahwa lingkungan secara alami memberikan berbagai strata sosial, dimana perawatan psikiatri disediakan melalui proses keperawatan dalam biologis, psikologis, sosiokultural, dan konteks legal etis, bahwa sehat atau sakit, adaptif atau maladaptive sebagai konsep yang jelas, tingkat pencegahan primer, sekunder, tersier termasuk didalamnya 4 tingkatan dalam penatalaksanaan psikiatrik (krisis, akut, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan).

1. *Biological context of psychiatric nursing care* (keadaan-keadaan biologis dalam keperawatan jiwa)

Perawat psikiatrik harus belajar mengenai struktur dan fungsi dari otak, mencakup proses *neurotransmission*, untuk lebih memahami etiologi, mempelajarinya dan agar lebih efektif dalam strategi intervensi gangguan psikiatri.

1. *Psychological context of psychiatric nursing care* (keadaan-keadaan psikologis dalam keperawatan jiwa)

Pengujian status mental menggambarkan rentang hidup psikologis klien melalui waktu, pengelompokan pengkajian status mental klien meliputi penampilan pasien, pembicaraan, aktivitas motorik, *mood*, *affect*, interaksi selama wawancara, persepsi, isi pemikiran, proses piker, tingkat kesadaran, *memory*, tingkat konsentrasi dan kalkulasi, informasi dan kecerdasan, keputusan (*judgement*), dan penilaian diri.

1. *Sociocultural context of psychiatric nursing care* (keadaan-keadaan social budaya dalam keperawatan jiwa)

Kepekaan terhadap budaya adalah salah satu pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk kesuksesan dalam intervensi keperawatan pada kehidupan klien yang memiliki latar belakang budaya yang berbeda-beda.

1. *Environmental context of psychiatric nursing care* (keadaan-keadaan lingkungan dalam keperawatan jiwa)

Bagian-bagian dari lingkungan secara langsung akan mempengaruhi pelayanan keperawatan mental. Perawat seharusnya memberikan informasi-informasi baru dan menginterpretasikannya ke dalam praktik untuk menyediakan keperawatan yang berkualitas dan keperawatan yang efektif.

1. *Legal ethical context of psychiatric nursing care* (keadaan-keadaan legal etika dalam keperawatan jiwa)

Terdapat 2 tipe dalam penerimaan klien dengan gangguan jiwa, yaitu: kesepakatan yang disadari dan kesepakatan yang tidak disadari, kesepakatan yang tidak disadari meliputi isu mengenai hukum dan aspek etik legal dan aspek professional. Klien psikiatrik memiliki variasi hak asasi yang luas dan hak-hak sebagai warga sipil. Perawat psikiatri memiliki tiga peran dalam menampilkan tugas professional dan tugas pribadi: pemberi pelayanan, pekerja dari pihak rumah sakit/puskesmas, dan sebagai warga negara pribadi.

1. *Implementing the nursing process: standards of care* (penatalaksanaan proses keperawatan: dengan standar-standar perawatan)

Proses keperawatan bersifat interaktif, suatu proses pemecahan masalah (*problem solving*), digunakan oleh perawat secara sistematis dan secara individual untuk mencapai tujuan keperawatan. Pengkajian seharusnya merefleksikan keadaan, proses, dan informasi biopsikososiospiritual klien, data dikumpulkan secara sistematis yang secara ideal didasari konsep-konsep keperawatan jiwa. Diagnosa keperawatan seharusnya meliputi respon adaptif klien atau respon *maladaptive* klien, mendefinisikan karakteristik respon tersebut dan pengaruh stresornya. Perencanaan keperawatan seharusnya meliputi prioritas diagnosa keperawatan dan tujuan yang diharapkan. Intervensi keperawatan seharusnya meliputi prioritas diagnosa keperawatan dan tujuan yang diharapkan. Intervensi keperawatan seharusnya secara langsung membantu klien meningkatkan *insight* (penilaian terhadap dirinya) dan pemecahan masalah melalui perencanaan tindakan yang positif. Evaluasi meliputi penilaian kembali fase-fase sebelumnya dari proses keperawatan, menentukan tahapan untuk merencanakan tujuan yang hendak dicapai.

1. *Actualizing the psychiatric nursing role: professional performance standards* (aktualisasi peran keperawatan jiwa: melalui penampilan standar-standar profesional)

Perawat psikiatri membutuhkan partisipasi aktif dalam organisasi, perawat psikiatri juga diharapkan untuk secara continue belajar untuk memelihara informasi yang lalu dan memperoleh informasi yang terkini dalam bidangnya. Selain itu, rekan sejawat membutuhkan pandangan perawat psikiatrik yang memandang kelompok sebagai tim kolaborasi dalam pemberian pelayanan keperawatan. (Stuart, 2014)

* + 1. **Peran Perawat Kesehatan Jiwa**

Peran perawat dalam terapi gangguan jiwa adalah:

1. Mengobservasi perubahan, baik perubahan kecil atau menetap yang terjadi pada klien
2. Mendemonstrasikan penerimaan
3. Respek
4. Memahami klien
5. Mempromosikan ketertarikan klien dan berpartisipasi dalam interaksi (Stuart, 2014)
	1. **Konsep Gangguan Jiwa**
		1. **Pengertian Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa merupakan gangguan jiwa sebagai respon maladaptif terhadap stresor dari lingkungan internal dan eksternal, dibuktikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma-norma lokal atau budaya setempat, dan menganggu fungsi sosial, pekerjaan dana tau fisik (Caturini dan Handayani, 2014).

Kriteria umum gangguan jiwa meliputi beberapa hal berikut:

1. Ketidakpuasan dengan karakteristik, kemampuan, dan prestasi diri.
2. Hubungan yang tidak efektif atau tidak memuaskan.
3. Tidak puas hidup di dunia.
4. Koping yang tidak efektif terhadap peristiwa.
5. Tidak terjadi pertumbuhan kepribadian.
6. Terdapat perilaku yang tidak diharapkan. (Nasir dan Muhith, 2011)
	* 1. **Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa**

Tanda dan gejala gangguan jiwa dibagi menjadi 10 gangguan, yaitu gangguan kognitif, gangguan perhatian, gangguan ingatan, gangguan asosiasi, gangguan pertimbangan, gangguan pikiran, gangguan kesadaran, gangguan kemauan, ganguan emosi dan afek, serta gangguan psikomotor.

1. Gangguan kognitif

Kognitif adalah suatu proses mental dimana seseorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya, baik lingkungan dalam maupun lingkungan luar (fungsi mengenal). Proses kognitif meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. Sensasi dan persepsi
2. Perhatian
3. Ingatan
4. Asosiasi
5. Pertimbangan
6. Pikiran
7. Kesadaran
8. Gangguan perhatian

Perhatian adalah pemusatan dan konsentrasi energy, menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsangan.

1. Gangguan ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi, dan tanda-tanda kesadaran.

1. Gangguan asosiasi

Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan, atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon atau konsep lain, yang sebelumnya berkaitan dengannya.

1. Gangguan pertimbangan

Pertimbangan (penilaian) adalah suatu proses mental untuk membandingkan atau menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari suatu aktivitas.

1. Gangguan pikiran

Pikiran umum adalah meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang.

1. Gangguan kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan, serta dirinya melalui panca indra dan mengadakan pembatasan terhadap lingkungan serta dirinya sendiri.

1. Gangguan kemauan

Kemauan adalah suatu proses dimana keinginan-keinginan dipertimbangkan yang kemudian diputuskan untuk dilaksanakan sampai mencapai tujuan.

1. Gangguan emosi dan afek

Emosi adalah suatu pengalaman yang sadar dan memberikan pengaruh pada aktivitas tubuh serta menghasilkan sensasi organik dan kinetis. Afek adalah kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berlangsung lama dan jarang disertai komponen fisiologis.

1. Gangguan psikomotor

Psikomotor adalah gerakan tubuh yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa. (Nasir dan Muhith, 2011)

* + 1. **Penggolongan Gangguan Jiwa**

Penggolongan gangguan jiwa yang sering ditemukan di masyarakat adalah:

1. Skizofrenia

Kelainan jiwa ini terutama menunjukkan gangguan dalam fungsi kognitif (pikiran) berupa disorganisasi. Jadi gangguanya adalah mengenai pembentukan arus serta isi pikiran. Di samping itu, juga ditemukan gejala gangguan persepsi, wawasan diri, perasaan dan keinginan. Pada skizofrenia tidak ditemukan banyak kasus baru, karena skizofrenia lebih disebabkan faktor internal. Sebenarnya untuk banyak negara berkembang, termasuk Indonesia lebih menguntungkan di banding negara maju, karena dukungan keluarga yang diperlukan dalam pengobatan skizofrenia lebih baik dibandingkan dengan negara yang lebih maju.

Stigma terhadap gangguan jiwa tidak hanya menimbulkan konsekuensi negatif terhadap penderitanya, tetapi juga anggota keluarga. Misalnya : sikap-sikap penolakan, penyangkalan, disisihkan, dan diisolasi. Penderita gangguan jiwa mempunyai resiko tinggi terhadap pelanggaran hak asasi manusia.

1. Depresi

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan jiwa pada alam perasaan (afektif atau *mood*), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, tidak bergairah, perasaan tidak berguna, putus asa dan sebagainnya. Pada dasarnya depresi merupakan gangguan yang relative lebih mudah diobati. Setelah menjalani dua minggu pengobatan, gejala-gejala depresi sudah harus menunjukkan perbaikan.

1. Cemas

Gejala kecemasan, baik akut maupun kronis, merupakan komponen utama bagi semua gangguan psikiatri. Sebagian dari komponen kecemasan itu menjelma dalam bentuk gangguan panik, fobia, obsesi kompulsi, dan sebagainya.

1. Penyalahgunaan narkotika dan HIV/AIDS

Penyalahgunaan narkotika di Indonesia sekarang sudah merupakan ancaman yang serius bagi kehidupan bangsa dan negara. Untuk mendapatkan gambaran besarnya masalah narkoba saat ini, diketahui bahwa pengungkapan kasus narkoba di Indonesia per-tahunnya meningkat rata-rata 28,9%. Meningkatnya penggunaan narkotika juga berbanding lurus terhadap peningkatan penyakit HIV/AIDS. Meskipun berbagai upaya telah dijalankan, serta peningkatan dana dan sarana, namun jumlah epidemik HIV/ AIDS tetap belum menunjukkan tanda-tanda penurunan. Hal ini dikarenakan selain cakupan program-program yang masih sangat terbatas, juga terlihat terjadi perubahan modus penularan HIV melalui para pengguna narkoba suntik.

1. Bunuh diri

Dalam kondisi normal, angka bunuh diri diperkirakan berkisar antara 8-50 per 100 ribu orang, tetapi dengan kesulitan ekonomi angka ini akan meningkat 2-3 kali lebih tinggi. Saat ini, angka kejadian bunuh diri pada anak usia di bawah 12 tahun mengalami peningkatan yang drastis, keadaan ini merupakan indikator kegagalan orang tua di rumah, orang tua di sekolah dan orang tua di masyarakat dalam membekali ketrampilan hidup pada anak-anak untuk mengatasi kesulitan hidupnya.

Angka bunuh diri di suatu masyarakat akan meningkat berkaitan dengan pertambahan penduduk yang cepat, krisis multidimensi termasuk kesulitan ekonomi, dan pelayanan kesehatan. Semestinya bunuh diri sudah harus menjadi masalah kesehatan masyarakat yang besar, terutama bila dikaitkan dengan perubahan *life style* kehidupan modern. Sisi lain yang perlu diperhatikan adalah *altruistic suicide* atau bunuh diri karena loyalitas berlebihan yang tampil dalam bentuk bom bunuh diri. Banyak ahli mengaitkan hal tersebut sebagai manifestasi dari kekecewaan, perlakuan tidak adil, atau tersisihkan. Mengatasi *altruistic suicide* tidak mudah dan sangat penting melakukan pendekatan dengan berbagai pihak yang terkait, diantaranya kesehatan jiwa, agama, dan kepercayaan, serta penegakan hukum dan sosial. (Nasir dan Muhith, 2011)

* 1. **Konsep Defisit Perawatan Diri**
		1. **Definisi Defisit Perawatan Diri**

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian atau berhias, makan, dan Buang Air Besar (BAB) / Buang Air Kecil (BAK) (Sudrajat, 2016).

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses berpikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Definisi perawatan diri adalah salah satu kemapuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan hidupnya, kesehatannya dan kesejahteraannya sesuai dengan kondisi kesehatannya. Klien dinyatakan terganggu perawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan dirinya (Damaiyanti dan Iskandar, 2012).

* + 1. **Etiologi**

Etiologi terjadinya defisit diri adalah:

1. Faktor prediposisi
	1. Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

* 1. Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

* 1. Kemampuan realitas turun

Klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

* 1. Sosial

Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan perawatan diri.

1. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau persepsi, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

Menurut Depkes (2000) *dalam* Damayanti & Iskandar 2014, faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* adalah:

* 1. *Body image*

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.

* 1. Praktik Sosial

Pada anak-anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola *personal hygiene*.

* 1. Status Sosial Ekonomi

*Personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

* 1. Pengetahuan

Pengetahuan *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.

* 1. Budaya

Di sebagian masyarakat, jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

* 1. Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain-lain.

* 1. Kondisi fisik atau psikis

Pada keadaan tertentu/ sakit, kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya (Damayanti dan Iskandar, 2012)

* + 1. **Jenis-jenis Defisit Perawatan Diri**

Menurut Nanda-I (2012) *dalam* Damayanti & Iskandar 2012, jenis perawatan diri terdiri dari:

1. Defisit perawatan diri: mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktifitas perawatan diri untuk diri sendiri. Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, masuk atau keluar kamar mandi.

1. Defisit perawatan diri: berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berias untuk diri sendiri. Klien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih kancing tarik, menggunakan alat tambahan dan mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan.

1. Defisit perawatan diri: makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sendiri. Klien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mengambil makanan dalam wadah dan lain-lain

1. Defisit perawatan diri: eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi. Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakain untuk *toileting*, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

Keterbatasan perawatan diri diatas biasanya diakibatkan karena stresor yang cukup berat dan sulit diatasi oleh klien (klien bisa mengalami harga diri rendah), sehingga dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, berhias, makan, maupun BAB dan BAK. Bila tidak dilakukan intervensi oleh perawat, maka kemungkinan klien bisa mengalami masalah resiko tinggi isolasi sosial

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Menurut Depkes (2000) dalam Damayanti & Iskandar (2014), tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

1. Fisik
	1. Badan bau, pakaian kotor.
	2. Rambut dan kulit kotor.
	3. Kuku panjang dan kotor.
	4. Gigi kotor disertai mulut bau.
	5. Penampilan tidak rapi.
2. Psikologis
3. Malas, tidak ada inisiatif.
4. Manarik diri, isolasi diri.
5. Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.
6. Sosial
7. Interaksi kurang.
8. Kegiatan kurang.
9. Tidak mampu berperilaku sesuai norma.
10. Cara makan: tidak teratur BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.
	* 1. **Dampak Masalah Defisit Perawatan Diri**

Dampak masalah defisit perawatan diri dapat berupa dampak fisik dan psikososial.

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah: Gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

1. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interkasi sosial. (Damayanti & Iskandar, 2012)

* + 1. **Batasan Karakteristik**

Menurut Nanda-I, 2012 dalam Damaiyanti & Iskandar, 2012, batasan karakteristik klien dengan deficit perawatan diri adalah :

1. Defisit perawatan diri: mandi :
	1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi
	2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh
	3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi
	4. Ketidakmampuan menjangkau sumber air
	5. Ketidakmampuan mengatur air mandi
	6. Ketidakmampuan membasuh tubuh
2. Defisit perawatan diri: berpakaian :
	1. Ketidakmampuan mengancing pakaian
	2. Ketidakmampuan mendapatkan pakaian
	3. Ketidakmampuan mengenakan atribut pakaian
	4. Ketidakmampuan mengenakan sepatu
	5. Ketidakmampuan mengenakan kaus kaki
	6. Ketidakmampuan melepaskan atribut pakaian
	7. Ketidakmampuan melepas sepatu
	8. Ketidakmampuan melepas kaus kaki
	9. Hambatan memilih pakaian
	10. Hambatan mempertahankan penampilan yang memuaskan
	11. Hambatan mengambil pakaian
	12. Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah
	13. Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas
	14. Hambatan memasang sepatu
	15. Hambatan memasang kaus kaki
	16. Hambatan melepas pakaian
	17. Hambatan melepas sepatu
	18. Hambatan melepas kaus kaki
	19. Hambatan menggunakan alat bantu
	20. Hambatan menggunakan resleting
3. Defisit perawatan diri: makan
	1. Ketidakmampuan mengambil makanan dan memasukkan ke mulut
	2. Ketidakmampuan mengunyah makanan
	3. Ketidakmampuan menghabiskan makanan
	4. Ketidakmampuan menempatkan makanan ke perlengkapan makan
	5. Ketidakmampuan menggunakan perlengkapan makan
	6. Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima secara sosial
	7. Ketidakmampuan memakan makanan dengan aman
	8. Ketidakmampuan memakan makanan dalam jumlah yang memadai
	9. Ketidakmampuan memanipulasi makanan di mulut
	10. Ketidakmampuan membuka wadah makanan
	11. Ketidakmampuan mengambil gelas dan cangkir
	12. Ketidakmampuan makanan untuk dimakan
	13. Ketidakmampuan menelan makanan
	14. Ketidakmampuan menggunakan alat bantu
4. Defisit perawatan diri: eliminasi
	1. Ketidakmampuan melakukan *hygine* eliminasi yang tepat
	2. Ketidakmampuan menyiram toilet atau kursi buang air (*commode*)
	3. Ketidakmampuan naik ke toilet atau *commode*d
	4. Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi
	5. Ketidakmampuan berdiri dari toilet atau *commode*
	6. Ketidakmampuan untuk duduk di toilet atau *commode*
	7. **Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga**
		1. **Definisi Keluarga**

Keluarga adalah berkumpulnya dua orang atau lebih dan saling bergantung atau berinteraksi yang ada suatu ikatan perkawinan atau adopsi. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Lestari, 2015).

Keluarga besar (*Exented Family*) adalah salah satu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudar, atau kerabat dekat lainnya. Anak-anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan model-model yang akan menjadi pola perilaku bagi anak-anak. Tipe keluarga ini lebih sering terdapat di kalangan kelas pekerjaan dan kelurga imigran. Manusia hidup lebih lama, perceraian, hamil dikalangan remaja, lahir di luar perkawinan semakin meningkat pula, dan rumah menjadi tempat tinggal beberapa generasi, biasanya hanya bersifat sementara. Para ahli demografi juga menemukan bahwa karena harapan hidup semakin meningkat, maka rumah merupakan tempat yang sudah biasa bagi kita sebagai tempat tinggal bagi empat hingga lima generasi di kalangan keluarga-keluarga miskin dan dikalngan kelas pekerja. Dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga besar adalah:

1. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisa mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, kakak, dan adik.
4. Mempunyai tujuan: menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota.
	* 1. **Ciri-ciri Keluarga**

Ciri-ciri keluarga menurut Robet Mac iver dan Charles Harton yang dikutip (Dessy, 2017) yaitu:

1. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
2. Keluarga terbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelajari.
3. Kelurga mempunyai suatu sistem tata nama termasuk perhitungan garis keturunan.
4. Kelurga mempunyai fungsi ekonomi yang ibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
5. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.
	* 1. **Tipe-tipe Keluarga**

Tipe keluarga terdiri dari dua, yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga non tradisional.

1. Keluarga inti (*The Nuclear Family*)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak tinggal dalam satu rumah.

1. *The Dyad Family*

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

1. Keluarga usila

Keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

1. *The Childdless Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya, yang disebabkan karena mengejar karir atau pendidikan yang terjadi pada wanita.

1. Keluarga besar (*The Exttended Family*)

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti *nuclear family* disertai: paman, tante, orang tua (kakek, nenek, keponakan).

1. Keluarga Duda atau Janda (*The Single-parent Family*)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak, hal ini terjadi melalui proses perceraian, kematian dan ditinggalkan (menyalahi hukum perkawinan)

1. *Commuter Family*

Kedua orang bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat akhir pekan.

1. *Multigeneration Family*

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

1. *Kin-network Family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Misalnya dapur, kamar mandi, telivisi, telpon.

1. *Blended Family*

Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

1. *The Sengle-adult Livi Alone / Single-adult Family*

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau terpisahan (separasi), seperti: perceraian atau ditinggal mati. (Hedianti dkk, 2017)

* + 1. **Fungsi Keluarga**

Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan sebagai berikut:

1. Fungsi biologis

Fungsi biologis, berkaitan erat dengan pemenuhan kebutuhan seksual suami istri. Keluarga adalah lembaga pokok yang secara absah memberikan uang bagi pengaturan dan pengorganisasian kepuasan seksual. Kelangsungan sebuah keluarga, banyak ditentukan oleh keberhasilan dalam menjalani fungsi biologis ini. Apabila salah satu pasangan kemudian tidak berhasil menjalankan fungsi biologisnya, dimungkinkan akan terjadinya gangguan dalam keluarga yang biasanya berujung pada kekerasan dalam rumah tangga, perceraian dan poligami.

1. Fungsi sosialisasi anak

Fungsi sosialisasi menunjuk pada peranan keluarga dalam membentuk kepribadian anak. Melalui fungsi ini, keluarga berusaha mempersiapkan bekal selengkap-lengkapnya kepada anak dengan memperkenalkan pola tingkah laku, sikap, keyakinan, cita-cita, dan nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat serta mempelajari peranan yang diharapkan akan dijalankan mereka.

1. Fungsi afeksi

Kebutuhan kasih sayang ini merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi seseorang. Banyak orang yang tidak menikah sungguh bahagia, sehat dan berguna, tetapi orang yang tidak pernah dicintai jarang bahagia, sehat, dan berguna. Oleh karena itulah, kebutuhan kasih sayang sangat diharapkan bisa diperankan oleh keluarga.

1. Fungsi edukatif

Keluarga merupakan guru pertama dalam mendidik manusia. Hal itu dapat dilihat dari pertumbuhan seseorang anak mulai dari bayi, belajar jalan-jalan, hingga mampu berjalan. Semuanya diajari oleh keluarga.

1. Fungsi religius

Dewasa ini, dalam masyarakat fungsi keluarga semakin berkembang,diantaranya fungsi keagamaan yang mendorong dikembangkannya keluarga dan seluruh anggotanya menjadi insan-insan agama yang penuh keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

1. Fungsi protektif

Kelurga merupakan tempat yang nyaman bagi para anggotanya. Fungsi bertujuan agar para anggota keluarga dapat terhindar dari hal-hal yang negatif. Dalam setiap masyarakat, keluarga memberikan perlindungan fisik, ekonomis, dan psikologi bagi seluruh anggotanya.

1. Fungsi rekreatif

Fungsi ini bertujuan untuk memberikan suasana yang segar dan gembira dalam lingkungan. Fungsi rekreatif dijalankan untuk mencari hiburan.

1. Fungsi ekonomis

Keluarga adalah unit primer yang memproduksi kebutuhan ekonomi.Bagi sebagian keluarga, keadaan seperti sebuah pabrik, masing-masing bekerja sesuai dengan tugasnya. Keluarga diposisiskan sebagai tempat bekerja bagi para anggotanya yang dewasa ini sudah berubah.

1. Fungsi penentuan status

Dalam sebuah keluarga, seseorang menerima serangkaian status berdasarkan umur, urutan kelahiran, dan sebagainya. Status/kedudukan adalah suatu peringkat atau posisi seseorang dalam suatu kelompok atau posisi kelompok dalam hubungannya dengan kelompok lainnya. Status tidak bisa dipisahkan dari peran. Peran adalah perilaku yang sangat diharapkan dari seseorang yang mempunyai status. (Islami dan Khairulyadi, 2017)

* + 1. **Tahap-tahap Perkembangan Keluarga**

Meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangannya secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama (Rodger Cit Friedman).

1. Pasangan Baru

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki dan perempuan membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing. Meninggalkan keluarga bisa berarti psikologis, karena kenyataan banyak keluarga baru yang tinggal dengan orang tuanya. Dua orang yang membentuk keluarga baru membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya, misalnya makan, tidur, bangun pagi.

Tugas perkembangan:

* 1. Membina hubungan intim dan memuaskan
	2. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
	3. Mendiskusikan rencana memiliki anak
1. Keluarga *Child-bearing* (kelahiran anak pertama)

Dimana sejak hamil sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak berumur 30 bulan atau 2,5 tahun

Tugas perkembangan:

1. Persiapan menjadi orang tua
2. Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan keluarga.
3. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.
4. Keluarga dengan Anak Pra-sekolah

Tahap ini dimulai saat anak pertama berumur 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun.

Tugas perkembangan:

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

Tahap ini dimulai saat anak berumur 6 tahun (mulai sekolah) dan berakhir pada saat anak berumur 12 tahun. Pada tahap ini, biasanya keluarga mencapai jumlah maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki minat sendiri. Demikian pula orang tua mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak.

Tugas perkembangan keluarga:

1. Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.
2. Mempertahankan keintiman pasangan
3. Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan meningkatkan kesehatan anggota kelurga.
4. Keluarga dengan Anak Remaja

Dimulai saat anak berusia 13 tahun dan berakhir 6 sampai 7 tahun kemudian. Tujuannya untuk memberikan tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi orang dewasa.

Tugas perkembangan:

1. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab
2. Mempertahankan yang terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perbedaan, kecurigaan dan permusuhan.
3. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga
4. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.
5. Keluarga dengan Anak Dewasa

Dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung jumlah anak dan ada atau tidaknya anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua.

Tugas perkembangan:

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
6. Keluarga Usia Pertengahan

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dianggap sulit karena masa usia lanjut, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua.

Tugas perkembangan:

1. Mempertahankan kesehatan
2. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebayanya dan anak-anak
3. Meningkatkan keakraban pasangan.
4. Keluarga Usia Lanjut

Dimulai saat pensiun sampai dengan salah satu pasangan meninggal dan keduanya meninggal.

Tugas perkembangan:

1. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
2. Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan
3. Mempertahankan keakraban suami atau istri dan saling merawat
4. Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat. (Hedianti dkk, 2017)
	* 1. **Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan**

Keluarga dalam masalah kesehatan mempunyai tugas pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara. Ada 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga yaitu mengenal gangguan atau masalah perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga, setelah mengenal keluarga diharapkan mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat. Keluarga juga bertugas memberi keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak dapat membantu dirinya karena cacat atau usia yang terlalu muda.

Dalam hal lingkungan untuk menjamin kesehatan, keluarga dapat diharapkan memodifikasi lingkungan sehingga tidak terjadi dampak dari lingkungan yang tidak sehat baik didalam maupun di luar rumah. keluarga memanfaatkan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan dalam menjamin kondisi yang sehat didalam keluarga(Yuhono dan Muhlisin, 2017).

* + 1. **Asuhan Keperawatan Keluarga**

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui paraktek keperawatan kepada keluarga, untuk membantu masalah tentang kesehatan dalam sebuah keluarga, dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian terhadap keluarga yang terjadi masalah kesehatan, kemudian diagnosa keperawatan keluarga, perencanaan tindakan, implementasi keperawatan dan yang terakhir evalusi tindakan keperawatan (Lestari, 2015).

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang komplek dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga (Lestari, 2015).

Sesuai dengan pengertian keluarga diatas, maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah terdiri atas dua orang atau lebih yang terikat oleh hubungan darah, perkawinan dan adopsi, yang memiliki hubungan yang selaras, serasi dan seimbang.

Dalam proses keperawatan keluarga ada beberapa tahapan yang harus dilalui agar tercapai tujuan dan asuhan keperawatan. Berikut model pengkajian keluarga menurut Friedman terdiri dari enam kategori yaitu :

1. Mengidentifikasi data
2. Tahap dan riwayat perkembangan
3. Data lingkungan
4. Struktur keluarga
5. Fungsi keluarga
6. Stres, koping, dan adaptasi keluarga (Putri dkk, 2016)

Setiap kategori terdiri dari banyak sub kategori, perawat yang mengkaji keluarga harus mampu memutuskan kategori mana yang relevan dengan kasus yang dihadapi sehingga dapat digali lebih dalam pada saat kunjungan dengan demikian masalah dalam keluarga dapat mudah diidentifikasi.

1. Identifikasi Data Keluarga

Hal-hal yang perlu dikaji dalam keluarga model *Friedman* untuk data umum meliputi nama kepala keluarga (KK), alamat, umur, pekerjaaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga,komposisi keluarga yang berisi mengenai genogram anggota keluarga.

Tipe keluarga menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut. Latar belakang budaya mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengindentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan. Agama mengkaji agama yang dianut oleh keluarga, ketaat dalam ibadah, kepercayaan, dan nilai – nilai yang berpengaruh terhadap kesehatan. Status kelas sosial keluarga ditentukan oleh pekerjaan, pendidikan, dan pendapatan. Selain itu status kelas sosial keluarga ditentukan pula oleh bagaimana mengatur pendapatan secara finansial. Aktivitas rekreasi keluarga tidak harus mengunjungi tempat wisata namun bagaimana keluarga memanfaatkan waktu luang untuk melakukan kegiatan bersama seperti menonton TV, mendengarkan radio, dan lain – lain.

1. Riwayat dan Tahap Perkembangan

Yang perlu dikaji pada tahap perkembangan adalah:

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini
2. Tugas perkembangan yang belum terpenuhi

Menjelaskan tentang tahap perkembangan yang belum terpenuhi serta kendalanya.

1. Riwayat keluarga inti

Riwayat keluarga mulai lahir sampai saat ini, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing – masing, imunisasi, sumber pelayanan kesehatan serta kejadian – kejadian penting yang berhubungan dengan kesehatan (perceraian, kematian, kehilangan)

1. Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat asal kedua orang tua (riwayat kesehatan, hubungan masa silam kedua orangtuanya)

1. Lingkungan keluarga
	1. Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, pemanfaatan ruangan, jenis septictank, jarak septictank dengan sumber air, serta denah rumah.

* 1. Karakteristik lingkungan dan komunitas

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat,yang meliputi kebiasaan,lingkungan fisik, aturan/kesepakatan penduduk setempat,budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

* 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 sejauhmana keluarga interkasinya dengan masyarakat.

* 1. Sistem pendukung keluarga
	2. Menjelaskan tentang siapa yang menolong keluarga ketika butuh bantuan, dukungan konseling aktifitas – aktifitas keluarga.
1. Struktur Keluarga
	1. Pola dan komunikasi keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antar keluarga, sistem komunikasi, yang digunakan, efektif tidaknya komunikasi dalam keluarga.

* 1. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan keluarga mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga untuk merubah perilaku. Sistem kekuatan yang digunakan dalam mengambil keputusan, yang berperan mengambil keputusan, bagaimana pentingnya keluarga dalam putusan tersebut.

* 1. Struktur peran

Mengkaji struktur peran dalam keluarga

* 1. Nilai – nilai keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

1. Fungsi Keluarga
	1. Fungsi afektif

Yang perlu dikaji adalah gambaran diri anggota kleuarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, cara keluarga mengembangakan sikap saling menghargai.

* 1. Fungsi sosialisasi

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

* 1. Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sajauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit.

* 1. Fungsi reproduksi

Yang perlu dikaji berapa jumlah anak, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

* 1. Fungsi ekonomi
	2. Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan dan memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.
1. Koping keluarga

Pengkajian koping keluarga meliputi:

* 1. Stresor–stresor yang panjang dan jangka pendek yang dialami oleh keluarga, serta lamanya dan kekuatan stres yang dialami oleh keluarga.
	2. Tindakan obyektif dan realistis keluarga terhadap stresor yang dihadapi.
	3. Sejauhmana keluarga bereaksi terhadap stresor, strategi koping apa yang digunakan.
	4. Strategi adaptasi disfungsional yang digunakan oleh keluarga.
1. Pemeriksaan Fisik

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

1. Harapan Keluarga

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

1. Diagnosa dan Fokus Keperawatan Keluarga (Putri dkk, 2015)
	1. **Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Defisit Diri**
		1. **Pengkajian**
2. Biodata

Umur memberikan petujuk mengenai dosis obat yang diberikan, anak-anak dan dewasa pemberian obatnya berbeda. Pekerjaan, alamat menetukan tingkat sosial, ekonomi dan tingkat kebersihan lingkungan..

1. Riwayat Penyakit Sekarang
2. Riwayat Penyakit Dahulu
3. Riwayat Kesehatan Keluarga
4. Riwayat Psikososial
5. Pola Aktifitas Sehari-hari
6. Pemeriksaan Fisik
	* 1. **Menentukan Prioritas Masalah**

Berdasarkan sifat dan tifologi masalah. Penelitian masalah adalah sebagai berikut:

1. Ancaman keluarga
2. Keadaan yang dapat berisiko terjadinya penyakit, kecelakaan atau kegagalan dapat mempertahankan kesehatan optimal misalnya riwayat penyakit keturunan, risiko tertular kecelakaan dan lain-lain.
3. Kurang sehat. Suatu keadaan sedang sakit atau gagal mencapai kesehatan optimal, misalnya sedang sakit dan kegagalan tumbuh kembang.
4. Krisis. Suatu keadaan individu atau keluarga memerlukan penyesuaian lebih banyak dalam hal sumber daya yang dimiliki, misalnya kehamilan, aborsi, lahir diluar nikah dan kehilangan orang yang dicintai.
5. Kemungkinan masalah dapat diubah. Adalah kemungkinan berhasilnya mengurangi masalah keperawatan atau mencegah masalah bila ada tindakan tertentu. Pemberian nilai adalah: (2) dengan mudah, (3) hanya sebagian, (0) tidak dapat diubah
6. Retensi masalah untuk dicegah. Adalah sifat dan beratnya masalah keperawatan yang akan terjadi bila dapat dikurangi atau dicegah. Pemberian nilai adalah: (3) tinggi (2) cukup (1) rendah.
7. Munculnya masalah. Adalah cara keluarga memandang dan menilai masalah keperawatan berkaitan berat dan mendesaknya untuk segera diatasi untuk segera diatasi, pemberian nilainya adalah masalah berat dan harus segera diatasi (2), masalah dirasakan tetapi perlu segera diatasi (1), dan masalah tidak dirasakan (0).
	* 1. **Diagnosis Keperawatan Keluarga**

Tiga kelompok besar dalam tifologi masalah kesehatan keluarga adalah sebagaiberikut:

1. Ancaman kesehatan adalah sebagai berikut:
	1. Penyakit keturunan
	2. Keluarga atau anggota yang mengidap penyakit menular
	3. Jumlah anggota keluarga terlalu besar atau tidak sesuai dengan kemampuan dengan sumberdaya keluarga
	4. Risiko terjadi kecelakaan dalam keluarga
	5. Kekurangan atau kelebihan gizi
	6. Keadaan tang dapat menimbulkan stress
	7. Sanitasi lingkungan buruk
	8. Kebiasaan yang merugikan kesehatan
2. Kurang atau tidak sehat adalah kegagalan mereka memantapkan kesehatan.
3. Situasi krisis
	1. Ketidak mampuan keluarga mengenal maslah kesehatan karena hal-hal .berikut:
		1. Kurang pengetahuan atau tidak mengetahuan fakta
		2. Rasa takut akibat masalah yang diketahui
		3. Sikap dan falsafah hidup
	2. Ketidak mampuan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepap karena hal sebagai berikut:
		1. Keluarga tidak memahami dan mengenal sifat dan luasnyamasalah
		2. Fasilitas kesehatan tidak terjangkau
		3. Ketidak cocokan pendapat terjadi antara anggota keluarga
	3. Ketidak mampuan merawat anggota keluarga yang sakit karena hal sebagai berikut:
		1. Tidak mengetahui keadaan penyakit
		2. Ketidak seimbangan sumber yang ada dalam keluarga
		3. Konflik inividu dalam keluarga
		4. Perilaku yang mementingkan diri sendiri
	4. Ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah yang dapat .mengalami kesehatan dan perkembangan pribadi anggota keluarga .karena hal sebagai berikut:
		1. Sumber dari keluarga tidak cukup
		2. Ketidaktahuan pentingnya sanitasi lingkungan
		3. Kurang mampu memelihara kkeuntungan dan manfaat dari pemeliharaan lingkungan rumah.
		4. Ketidakkompakan kelurga karena sifat mementingkan iri sendiri.
	5. Ketidakmampuan menggunakan sumber di masyarakat untuk .memelihara kesehata karena hal sebagai berikut:
		1. Rasa takut akibat dari tindakan
		2. Tidak memahami keuntungan yang diperoleh
		3. Kualitas yang diperlukan tidak terjangkau
		4. **Intervensi Keperawatan Keluarga**

Perencanaan adalah penyusunan rencana asuhan keperawatan yang terdiri dari komponen tujuan umum, tujuan khusus, kriteria tindakan, dan standar untuk menyelesaikan masalah keperawatan keluarga berdasarkan prioritas dan tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penyusunan prioritas, menetapkan tujuan, identifikasi sumberdaya keluarga, dan menyeleksi intervensi keperawatan. Penetapan tujuan umum dan khusus, serta dilengkapi dengan kriteria dan standar. Secara rasional mampu dicapai keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga ataupun memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga. Standar adalah tolak ukur pencapaian hasil intervensi keperawatan terhadap masalah keperawatan atau kebutuhan kesehatan keluarga, apakah hasilnya telah sesuai dengan kretria yang diharapkan.

1. Menetapkan tujuan intervensi
	1. Suplemental

Intervensi yang terkait dengan rencana pemberian pelayanan secara langsung pada keluarga sebagai sasaran.

* 1. Fasilitatif

Intervensi ini terkait dengan rencana dalam membuat mengatasi hambatan dari keluarga dalam memperoleh pelayanan medis, kesejahteraan sosial dan transportasi.

* 1. Developmental

Intervensi ini terkait dengan rencana perawat membantu keluarga dalam kapasitas untuk menolong dirinya sendiri (membuat keluarga belajar mandiri) dengan kekuatan dan sumber penukung yang terdapat pada keluarga.

1. Menetapkan Intervensi
	1. Rencana tindakan yang disusun harus berorientasi pada pemecahan masalah.
	2. Rencana tindakan yang dibuat dapat dilakukan mandiri oleh keluarga.
	3. Rencana tindakan yang dibuat berdasarkan masalah kesehatan.
	4. Rencana tindakan sederhana dan mudah dilakukan.
	5. Rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan secara terus-menerus oleh keluarga.
	6. Hambatan-hambatan Intervensi

Hambatan yang sering kali dihadapi perawatan keluarga saat melakukan intervensi keperawatan adalah:

* + 1. Kurangnya informasi yang diterima keluarga
		2. Tidak menyeluruhnya yang diterima keluarga
		3. Informasi yang di peroleh keluarga tidak dikaitkan dengan masalah yang dihadapi.
		4. **Implementasi**

Pada kegiatan implementasi, perawat perlu melakukan kontak sebelum (saat mensosalisasikan diagnosa keperawatan) untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, materi atau topik yang diskusikan, siapa yang melaksanakan, anggota keluarga yamg perlu mendapat informasi. Sasaran langsung implementasi dan peralatan yang perlu disiapkan keluaraga. Kegiatan ini bertujuan agar keluarga dan perawat mempunyai kesiapan secara fisik dan psikis pada saat implementasi.

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Prinsip yang mendasari implementasi keperawatan keluarga antara lain:

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

Ada 3 tahap dalam tindakan keperawatan keluarga yaitu:

* 1. Tahap persiapan meliputi kegiatan-kegiatan:
		1. Kontrak dengan keluarga.
		2. Mempersiapkan peralatan yang diperlukan.
		3. Mempersiapkan lingkungan yang kondusif.
		4. Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etika.
	2. Tahap 2: Intervensi

Tindakan keperawatan keluarga berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawatan secara profesional adalah:

* + 1. *Independent* adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan kompetisi keperawatan tanpa petunjuk dan perintah daritenaga kesehatan.
		2. *Independent* adalah suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama tenaga kesehatan lainnya.
	1. Tahap 3: Dokumentasi
		1. **Evaluasi**

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah di tetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan.

Tahapan evaluasi dibagi dalam 2 jenis yaitu:

1. Evaluasi Berjalan (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format subjektif dan obyektif.

1. Evaluasi (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan antara keduanya, mungkin semua tahapan dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional:

S: Ungkapan dan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluhan setelah implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat di definisikan oleh perawatan menggunakan pengamatan yang objektif setelah implementsi keperawatan.

A: Analisa perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif keluarga yang di bandingkan dengan kriteria dan standar yang telah mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa(Putrilvanti dan vesti, 2015)

* 1. **Kerangka Konsep**

**Gambar 2.1 Kerangka Konsep**