

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Aktivitas

1. Konsep Kebutuhan Aktivitas

a. Konsep Dasar Aktivitas

Manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang paling utama, mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi jika ingin dalam keadaan sehat dan seimbang. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Kasiati & Ni Wayan Dwi Rosmalawati, 2016).

Salah satu individu yang sehat adalah adanya kemampuan melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan, misalnya berdiri, berjalan, dan bekerja. Aktivitas artinya “kegiatan atau keaktifan” (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Jadi segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik, merupakan suatu aktivitas.

Aktivitas adalah suatu keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan kehidupan. Tiap individu mempunyai pola atau irama dalam menjalani aktivitas. Salah satu tanda seseorang dikatakan sehat adalah adanya kemampuan orang tersebut melakukan aktivitas seperti bekerja, makan dan minum, *personal hygiene*, rekreasi dan lain-lain. Dengan beraktivitas selain tubuh menjadi sehat, juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang (Kasiati & Ni Wayan Dwi Rosmalawati, 2016).

Aktivitas dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia yaitu kegiatan atau keaktifan. Jadi, segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik merupakan suatu aktivitas. Aktivitas fisik atau mekanika tubuh merupakan suatu usaha mengkoordinasikan sistem muskuloskeletal dan sistem syaraf serta

mempertahankan keseimbangan, postur dan kesejajaran tubuh selama mengangkat, membungkuk, bergerak, dan melakukan aktivitas sehari-hari (Potter & Perry, 2005).

b. Faktor yang mempengaruhi aktivitas

Menurut Andri & Wahid, 2016 faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas adalah sebagai berikut :

1) Tingkat perkembangan tubuh

Usia akan mempengaruhi tingkat perkembangan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda.

2) Keadaan fisik

Cacat tubuh, dan mobilisasi akan mempengaruhi pergerakan tubuh.

3) Keadaan nutrisi

Kurangnya nutrisi dapat menyebabkan kelemahan pada otot, dan obesitas dapat menyebabkan pergerakan menjadi kurang bebas.

4) Kelemahan neuromuscular dan skeletal

Adanya postur abnormal seperti scoliosis, lordosis, dan kifosis dapat berpengaruh terhadap pergerakan.

5) Pekerjaan

Seseorang yang bekerja di kantor Kurang melakukan aktivitas bila dibandingkan dengan petani atau buruh.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanika tubuh dan ambulasi

1) Status kesehatan

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi sistem musculoskeletal dan sistem saraf berupa penurunan koordinasi. Perubahan tersebut dapat disebabkan oleh penyakit, berkurangnya kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari dan lainnya.

2) Nutrisi

Salah satu fungsi nutrisi bagi tubuh adalah membantu proses pertumbuhan tulang dan perbaikan sel. Kekurangan nutrisi bagi

tubuh dapat menyebabkan kelemahan otot dan memudahkan terjadinya penyakit. Sebagai contoh tubuh kekurangan kalsium akan lebih mudah mengalami fraktur.

3) Emosi

Kondisi psikologis seseorang dapat menurunkan kemampuan mekanika tubuh dan ambulasi yang baik, seseorang yang mengalami perasaan tidak aman, tidak bersemangat dan harga diri rendah, akan mudah mengalami perubahan mekanika tubuh dan ambulasi.

4) Situasi dan kebiasaan

Situasi dan kebiasaan yang dilakukan seseorang misalnya, sering mengangkat benda-benda berat, akan menyebabkan perubahan mekanika tubuh dan ambulasi.

5) Gaya hidup

Gaya hidup, perubahan pola hidup seseorang dapat menyebabkan stress dan kemungkinan besar akan menimbulkan kecerobohan dalam beraktivitas, sehingga dapat mengganggu koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan neurologi, yang akhirnya akan mengakibatkan perubahan mekanika tubuh.

6) Pengetahuan

Pengetahuan baik terhadap penggunaan mekanika tubuh akan mendorong seseorang untuk mempergunakannya dengan benar, sehingga mengurangi tenaga yang dikeluarkan. Sebaliknya, pengetahuan yang kurang memadai dalam penggunaan mekanika tubuh akan menjadikan seseorang berisiko mengalami gangguan koordinasi sistem neurologi dan muskuloskeletal.

d. Bentuk gangguan aktivitas

1) Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (SDKI, 2016).

2) Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (SDKI, 2016).

3) Keletihan

Keletihan adalah Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat (SDKI, 2016).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktivitas

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan. (Kozier, 2011).

Menurut Kozier (2010), pengkajian mengenai aktivitas dan latihan klien terdiri atas riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik pada kesejajaran tubuh, gaya berjalan, penampakan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatasan pergerakan, massa dan kekuatan otot, toleransi aktivitas, dan masalah yang terkait dengan imobilitas. Riwayat aktivitas dan latihan terdiri atas tingkat aktivitas sehari-hari, toleransi aktivitas, tipe dan frekuensi latihan dan faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi.

Selain itu, dalam pengkajian aktivitas terdapat pengukuran skala keletihan. Berikut tabel pengukuran skala keletihan pada masalah aktivitas.

Tabel 2.1
Pengukuran skala keletihan

No	Pertanyaan	Jarang	Netral	Sering	Sangat Sering
1	Apakah anda punya masalah dengan kelelahan?				
2	Apakah anda butuh istirahat yang lebih banyak?				
3	Apakah anda merasa mengantuk atau lelah?				
4	Apakah anda susah untuk				

	memulai sesuatu?				
5	Apakah anda merasa kurang bertenaga?				
6	Apakah anda kurang mempunyai kekuatan pada otot?				
7	Apakah anda merasa lemah?				
8	Apakah anda merasa susah untuk berkonsentrasi?				
9	Apakah anda melakukan kesalahan dalam mengucapkan kalimat ketika berbicara?				
10	Apakah anda merasa sulit untuk menemukan kata yang tepat saat berbicara?				
		Bagus dari biasanya	Seperti biasa	Buruk dari biasanya	Sangat buruk dari biasanya
11	Bagaimana kemampuan memori anda?				

Chalder Fatigue Scale (Jackson, 2015)

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2016).

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016).

Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia gangguan kebutuhan Aktivitas termasuk kedalam kategori fisiologis. Dengan demikian masalah keperawatan yang muncul pada subkategori Aktivitas dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, di antaranya yaitu :

1) Gangguan mobilitas fisik

a) Definisi :

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

b) Penyebab :

Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan perkembangan, Kekuatan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan musculoskeletal, Gangguan neuromuscular, Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensori persepsi.

c) Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :	Objektif :
Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.	Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun.

d) Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :	Objektif :
Nyeri saat bergerak, Enggak melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak.	Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Fisik lemah.

e) Kondisi Klinis Terkait :

Stroke, Cedera medulla spinalis, Trauma, Fraktur, Osteoarthritis, Osteomalasia, Keganasan.

2) Intoleransi aktivitas

a) Definisi :

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

b) Penyebab :

Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Tirah baring, Kelemahan, Imobilitas, Gaya hidup monoton.

c) Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :	Objektif :
Mengeluh lelah	Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

d) Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :	Objektif :
Dispnea saat/setelah aktivitas, Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, Merasa lemah.	Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, Gambaran EKG menunjukkan atirmia saat/setelah aktivitas, Gambaran EKG menunjukkan iskemia, Sianosis.

e) Kondisi Klinis Terkait :

Anemia, Gagal jantung kongestif, Penyakit jantung koroner, Penyakit katup jantung, Aritmia, Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), Gangguan metabolik, Gangguan musculoskeletal.

3) Keletihan

a) Definisi :

Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

b) Penyebab :

Gangguan tidur, Gaya hidup monoton, Kondisi fisiologis (mis. penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan), Program perawatan/pengobatan jangka panjang, Peristiwa hidup negative, Stres berlebihan, Depresi

c) Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :	Objektif :
Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur,	Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, Tampak lesu.
Merasa kurang tenaga, Mengeluh lelah	

d) Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :	Objektif :
Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab, Libido menurun.	Kebutuhan istirahat meningkat

e) Kondisi Klinis Terkait :

Anemia, Kanker, Hipotirpoidisme/Hipertiroidisme, AIDS, Depresi, Menopause.

4) Risiko intoleransi aktivitas

a) Definisi :

Beresiko mengalami ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

b) Faktor Risiko :

Gangguan sirkulasi, Ketidakbugaran status fisik, Riwayat intoleransi aktivitas sebelumnya, Tidak berpengalaman dengan suatu aktivitas, Gangguan pernapasan

c) Kondisi Klinis Terkait :

Anemia, Gagal jantung kongestif, Penyakit katup jantung, Aritmia, Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), Gangguan metabolik, Gangguan musculoskeletal.

Dari keempat diagnosa di atas, penulis mengambil diagnosa keperawatan kelelahan pada laporan tugas akhir ini.

c. Rencana Keperawatan

Menurut SIKI, (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan aktivitas menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) bertujuan untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan. Adapun Tujuan dan Kriteria hasil serta intervensi dari gangguan kebutuhan aktivitas menurut SLKI, (2018) dan SIKI, (2018) yaitu :

Tabel 2.2
Intervensi keperawatan gangguan kebutuhan aktivitas

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Keletihan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Keletihan menurun dengan KH: 1) Verbalisasi pemulihan energi meningkat 2) Tenaga meningkat 3) Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4) Verbalisasi lelah menurun 5) Lesu menurun	Observasi : 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan melakukan

		aktivitas secara bertahap 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--

(Sumber : PPNI, SIKI, 2016)

d. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (Komang Ayu H.A, 2010).

e. Evaluasi

Evaluasi terhadap masalah keperawatan keletihan dapat dinilai dari indikator keberhasilan yaitu tingkat keletihan menurun, dengan kriteria hasil :

Tabel 2.3
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)
Tingkat Keletihan

Kriteria	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Verbalisasi kepuhian energy	1	2	3	4	5
Tenaga	1	2	3	4	5
Kemampuan Melakukan aktivitas rutin	1	2	3	4	5
Motivasi	1	2	3	4	5

Kriteria	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Verbalisasi lelah	1	2	3	4	5
Lesu	1	2	3	4	5
Gangguan Konsentrasi	1	2	3	4	5
Sakit kepala	1	2	3	4	5

Sakit Tenggorokan	1	2	3	4	5
Mengi	1	2	3	4	5
Sianosis	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Frekuensi napas	1	2		4	5
Perasaan bersalah	1	2	3	4	5

Kriteria	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Selera makan	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Libido	1	2	3	4	5
Pola istirahat	1	2	3	4	5

(Sumber : PPNI, SLKI, 2018).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Anemia

Anemia merupakan suatu kondisi konsentrasi hemoglobin kurang dari normal mengakibatkan jumlah oksigen yang diantarkan ke jaringan tubuh berkurang (Brunner & Suddarth, 2013).

Anemia adalah suatu kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal. Kadar hemoglobin normal umumnya berbeda pada laki-laki dan perempuan. Untuk pria, anemia biasanya didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 13,5 gram/100ml dan pada wanita sebagai hemoglobin kurang dari 12,0 gram/100ml.

2. Penyebab Anemia

Menurut Syafruddin (2011) anemia dapat terjadi bila tubuh kita tidak membuat sel darah merah secukupnya, anemia juga dapat disebabkan kehilangan atau kerusakan pada sel tersebut. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan anemia meliputi :

- Kekurangan zat besi, vitamin B12 atau asam folat.
- Anemia megaloblastik disebabkan kekurangan asam folat.
- Kehilangan darah akibat perdarahan dalam satu siklus haid pada perempuan.
- Penghancuran sel darah merah (anemia hemolitik)

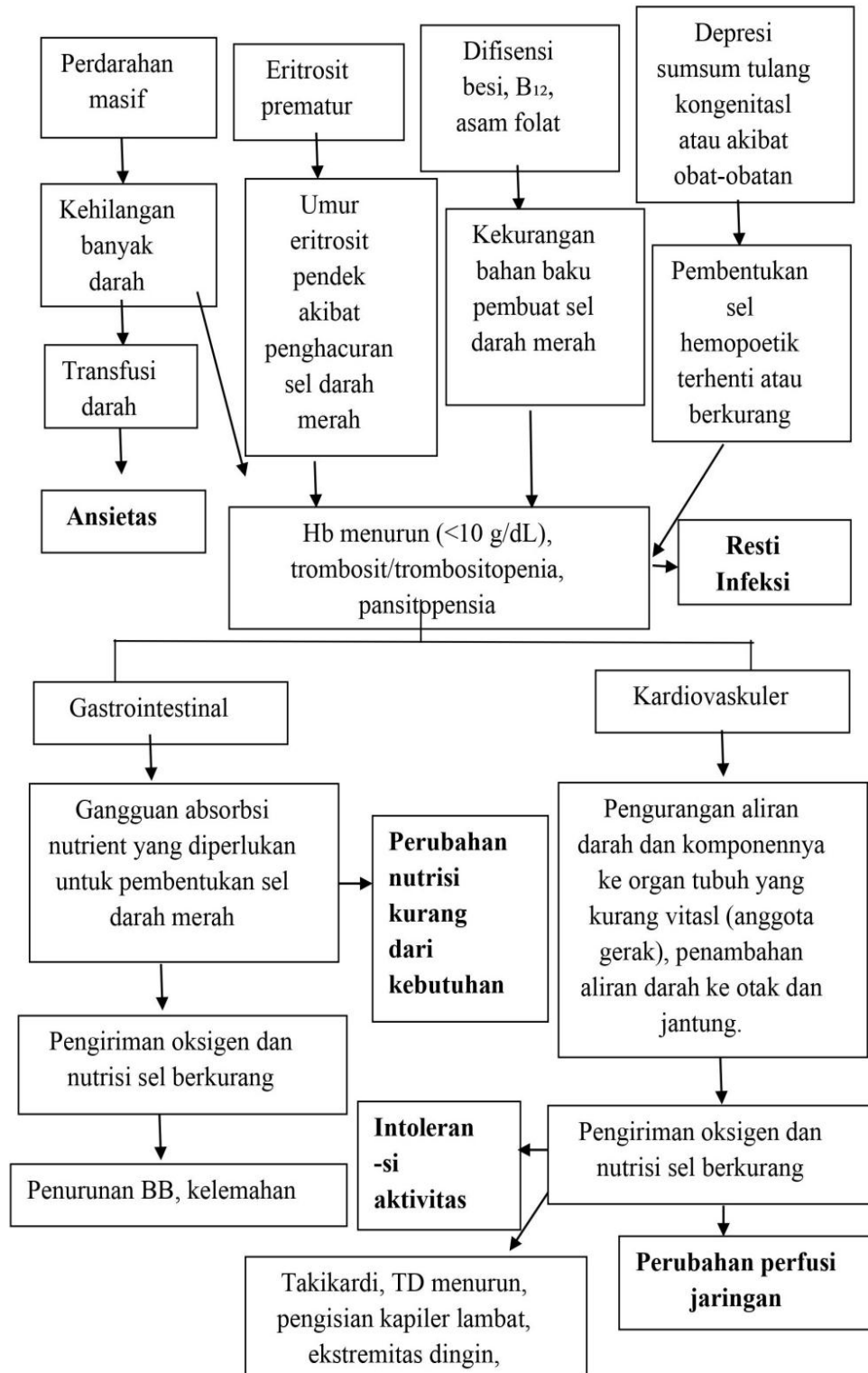
- e. Infeksi, misalnya infeksi HIV dan infeksi oportunistik terkait penyakit HIV.
- f. Obat-obatan, seperti obat yang dipakai untuk mengobati HIV dan infeksi terkait yang menyebabkan anemia.
- g. Kehamilan, pada kehamilan terjadi proses hemodilusi (pengenceran darah) yang dapat menyebabkan anemia defisiensi besi.

3. Patofisiologi

Anemia menurut (Wijaya & Putri, 2013) mencerminkan adanya kegagalan sum – sum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau kedua nya. Kegagalan sum – sum dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak di ketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis (dekstruksi), hal ini dapat terjadi akibat defek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah normal yang menyebabkan dekstruksi sel darah merah.

Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Sebagai efek samping proses ini, bilirubin yang terbentuk dalam fagosit akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan dekstruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma. Konsentrasi normal nya 1 mg/dL atau kurang, bila kadar diatas 1,5 mg/dL akan mengakibatkan interik pada sklera.

Gambar 2.1 Pathway Anemia



(Wijaya & Putri, 2013)

4. Tanda dan gejala

Gejala yang menonjol dari anemia mencakup :

- a. Dispnea, nyeri dada, nyeri otot atau kram, takikardia.
- b. Kelemahan, keletihan, malaise umum.
- c. Pucat pada kulit dan membran mukosa (konjungtiva, mukosa oral).
- d. Ikterik (anemia megaloblastik atau hemolitik).
- e. Lidah halus dan berwarna merah (anemia defisiensi besi).
- f. Lidah luka seperti daging merah (anemia megaloblastik).
- g. Keilosis angular (ulserasi pada tepi/sudut mulut).
- h. Kuku rapuh, melengkung/membung, berbentuk cekung dan pika (secara tidak lazim lapar tepung, tanah, es) pada pasien anemia defisiensi besi.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Menangani Keletihan
 - 1) Bantu pasien untuk memprioritaskan aktivitas dan menyeimbangkan antara aktivitas dan istirahat.
 - 2) Dorong pasien anemia kronis untuk tetap melakukan aktivitas fisik dan olahraga untuk mencegah penurunan kondisi (Brunner & Suddarth, 2013).
- b. Mempertahankan Nutrisi yang Adekuat
 - 1) Anjurkan diet yang sehat.
 - 2) Instruksikan pasien untuk menghindari atau membatasi asupan alkohol.
 - 3) Rencanakan sesi pendidikan diet untuk pasien dan keluarga pertimbangkan aspek kultural dari nutrisi.
 - 4) Diskusikan suplemen nutrisi (mis., vitamin, zat besi, folat) sesuai program (Brunner & Suddarth, 2013).
- c. Mempertahankan Perfusi yang Adekuat
 - 1) Pantau tanda-tanda vital dan hasil pemeriksaan oksimeter denyut nadi secara ketat, dan sesuaikan atau tunda medikasi (antihipertensi) sesuai indikasi.

- 2) Berikan tambahan oksigen, transfusi, dan cairan IV sesuai program (Brunner & Suddarth, 2013).
- d. Meningkatkan Kepatuhan Terhadap Terapi yang Diprogramkan
 - 1) Diskusikan bersama pasien mengenai tujuan pengobatan pasien, cara meminum obat dan dalam periode waktu berapa lama, serta bagaimana mengatasi setiap efek samping yang muncul pastikan pasien tahu bahwa menghentikan beberapa obat secara mendadak dapat menyebabkan dampak yang serius.
 - 2) Bantu pasien untuk memasukan rencana terapeutik ke dalam aktivitas sehari-hari, dan bukan semata-mata memberikan daftar intruksi kepada pasien.
 - 3) Bantu pasien untuk mendapatkan penggantian asuransi yang diperlukan untuk obat-obatan yang mahal (mis., faktor pertumbuhan) atau untuk menggali alternatif lain guna mendapatkan obat-obatan ini (Brunner & Suddarth, 2013).
- e. Memantau dan Menangani Komplikasi
 - 1) Kaji terjadinya gagal jantung pada pasien anemia.
 - 2) Lakukan pengkajian neurologis untuk pasien yang diketahui atau diduga mengalami anemia megaloblastik (Brunner & Suddarth, 2013).

6. Pemeriksaan penunjang

a. Tes Laboratorium

Menurut Atika Proverawati (2011), Tes laboratorium untuk anemia dapat mencakup sebagai berikut :

1) Hitung darah lengkap (CBC)

Menentukan tingkat keparahan dan jenis anemia (anemia mikrositik atau kecil ukuran sel darah merah, anemia normositik atau normal ukuran sel darah merah, atau anemia makrositik atau berukuran besar sel darah merah). Informasi tentang sel-sel darah lainnya (sel darah putih dan trombosit) juga di masukkan dalam laporan KBK.

2) Tes Hemoglobin pada feses

Tes darah dalam tinja yang dapat mendeteksi pendarahan dari perut atau usus (tinja Guaiac pengujian atau tes darah tersembunyi tinja).

3) Pemeriksaan darah tepi

Tampak pada sel-sel darah merah dibawah microscop untuk menentukan ukuran bentuk, jumlah, dan warna serta menilai sel-sel lainnya dalam darah.

4) Kadar Besi

Kadar zat besi dapat menunjukkan apakah mungkin terkait anemia kekurangan zat besi atau tidak. Tes ini biasanya disertai dengan tes lain yang memperlihatkan kapasitas tubuh dalam penyimpanan zat besi, seperti kadar transferin dan kadar feritin.

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga didefinisikan dalam berbagai cara. Definisi keluarga berbeda-beda, tergantung kepada teoritis “pendefinisi” yaitu dengan menggunakan menjelaskan yang penulis cari untuk menghubungkan keluarga. Misal para penulis mengikuti orientasi teoritis interaksionalis keluarga, memandang keluarga sebagai suatu arena berlangsungnya interaksi kepribadian, dengan demikian menekankan karakteristik transaksi dinamika. Para penulis yang mendukung suatu perspektif sistem sistem sosial terbuka ukuran kecil yang terdiri dari seperangkat bagian yang sangat tergantung sama lain dan dipengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem yang ekstrem (Friedman, 1998)

b. Tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa

Setelah mengalami masa kanak-kanak dan remaja yang panjang, seorang individu akan mengalami masa dimana ia telah menyelesaikan pertumbuhannya dan mengharuskan dirinya untuk berkecimpung dengan masyarakat bersama dengan orang dewasa lainnya. Masa dewasa muda biasanya dimulai sejak usia 18 tahun sampai dengan

kira-kira usia 40 tahun dan biasanya ditandai dengan selesainya pertumbuhan pubertas dan organ kelamin anak telah berkembang dan mampu memproduksi. Pada masa ini, individu akan mengalami perubahan fisik dan psikologis tertentu bersamaan dengan masalah-masalah penyesuaian diri dan harapan-harapan terhadap perubahan tersebut.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak dewasa di antaranya memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, membantu orangtua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua, membantu anak untuk mandiri di masyarakat, penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga (Friedman, 1998).

c. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga (Komang Ayu H.A, 2010).
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan terhadap anggota keluarga yang sakit (Komang Ayu H.A, 2010).

- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit (Komang Ayu H.A, 2010).
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga (Komang Ayu H.A, 2010).
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga (Komang Ayu H.A, 2010).

d. Peran Perawat Keluarga

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial yang diberikan (Friedman, 2010).

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memperhatikan prinsip-prinsip berikut : (a) melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif, (b) memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga, (c) menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga, (d) menerima dan mengakui struktur keluarga, dan (e) menekankan pada kemampuan keluarga (Sudiharto, 2007).

Adapun peran perawat keluarga menurut Sudiharto (2007) adalah sebagai berikut :

1) Sebagai Pendidik

Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Terutama pada keluarga dengan anemia pada ibu hamil, perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, pengertian, tanda dan gejala, akibat yang ditimbulkan dan cara pengobatan pada ibu hamil dengan anemia.

2) Sebagai Koordinator

Pelaksana Pelayanan Keperawatan Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang berkesinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan.

3) Sebagai supervisor pelayanan keperawatan

Perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga berisiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak, sehingga perawat mengetahui apakah keluarga menerapkan asuhan yang diberikan oleh perawat.

4) Sebagai pembela (advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan. Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

5) Sebagai fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan

keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu jalan keluar dalam mengatasi masalah.

6) Sebagai peneliti

Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Masalah kesehatan yang muncul di dalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga.

Peran perawat keluarga dalam asuhan keperawatan berpusat pada keluarga sebagai unit fungsional terkecil dan bertujuan memenuhi kebutuhan dasar manusia pada tingkat keluarga sehingga tercapai kesehatan yang optimal untuk setiap anggota keluarga. Melalui asuhan keperawatan keluarga, fungsi keluarga menjadi optimal, setiap individu di dalam keluarga tersebut memiliki karakter yang kuat, tidak mudah dipengaruhi oleh hal-hal yang sifatnya negatif sehingga memiliki kemampuan berpikir yang cerdas (Sudiharto, 2007).

2. Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Pengkajian

Menurut Friedman (2010) membagi proses keperawatan keluarga ke dalam tahap-tahap meliputi identifikasi data, tahap, dan riwayat perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga dan koping keluarga.

1) Data umum

a) Umur

Usia akan mempengaruhi tingkat perkembangan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Pada usia dewasa awal, prevalensi anemia di Indonesia sebesar 18,4%, hal itu menurut data Riskesdas pada tahun 2013.

b) Jenis kelamin

Perempuan lebih beresiko untuk mengalami masalah kelelahan akibat anemia dibandingkan dengan laki-laki, karena

perempuan lebih banyak pengaruhnya seperti : kehamilan, kehilangan darah akibat perdarahan dalam satu siklus haid pada perempuan.

c) Pekerjaan

Seseorang yang bekerja di kantor Kurang melakukan aktivitas bila dibandingkan dengan petani atau buruh.

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi fungsi kognitif, afektif dan psikomotor dalam pengelolaan kebutuhan aktivitas pada penderita anemia. Karena mereka tidak mengenal tentang anemia dan akibatnya serta pentingnya fasilitas kesehatan.

e) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar (Friedman, 1998).

f) Tipe keluarga

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

g) Suku Bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga, bahasa yang dipakai keluarga, kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan termasuk gangguan aktivitas pada anak dewasa.

h) Agama

Menjelaskan agama yang dianut keluarga, kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan pada anak dewasa.

i) Status sosial ekonomi keluarga

Menjelaskan rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga, jenis pengeluaran keluarga tiap bulan, tabungan khusus kesehatan, barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi).

j) Aktivitas rekreasi keluarga

2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tugas perkembangan keluarga pada anak dewasa di antaranya melanjutkan untuk memperbaharui & menyesuaikan kembali hubungan perkawinan, memandirikan anak, serta memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi (Padila, 2012).

c) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan (Padila, 2012).

d) Riwayat keluarga sebelumnya

Apakah keluarga memiliki riwayat penyakit anemia atau hipotensi.

3) Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Penempatan rumah yang tidak teratur, parabotan yang berantakan, dan rumah yang luas dapat membuat kelelahan dalam melakukan pergerakan, terutama pada pasien anemia.

b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

Apa karakteristik-karakteristik fisik dari lingkungan yang paling dekat dengan komunitas yang lebih luas, fasilitas-fasilitas apa yang dimiliki di daerah itu, tersedianya transportasi umum, bagaimana insiden kejahatan yang ada di lingkungan tersebut.

c) Mobilitas geografis keluarga

Ditentukan apakah keluarga sering pindah rumah, dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress).

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu luang yang digunakan oleh keluarga untuk berkumpul serta sejauhmana perkumpulan keluarga dengan masyarakat.

e) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.

4) Struktur Keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan bagaimana cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga, serta cara keluarga memecahkan masalah.

b) Struktur kekuatan keluarga

Menjelaskan respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah, serta power yang digunakan.

c) Struktur peran (formal dan informal)

Peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

d) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga sangat berpengaruh terhadap cara perawatan anggota keluarga.

5) Fungsi Keluarga

a) Fungsi afektif

Menjelaskan bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dukungan terhadap anggota keluarga, saling menghargai, kehangatan.

b) Fungsi sosialisasi

Menjelaskan bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar, interaksi dan hubungan dalam keluarga.

c) Fungsi perawatan kesehatan

Pengetahuan keluarga tentang penyakit dan penanganan masalah anemia :

(1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Ketidaksanggupan keluarga dalam mengenal masalah pada anemia salah satu faktor penyebabnya adalah karena pengetahuan tentang anemia. Apabila keluarga tidak mampu mengenal masalah anemia, penyakit tersebut akan menyebabkan komplikasi.

(2) Mengambil keputusan bagi anggota keluarga yang sakit

ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat, dan luasnya masalah yang dihadapi dan masalah apa yang tidak begitu menonjol. Penyakit anemia yang tidak ada penanganan akan mengakibatkan komplikasi.

(3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakmampuan ini disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit misalnya keluarga tidak mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan pengelolaan pada anemia.

(4) Memelihara dan memodifikasi lingkungan

Ketidaksanggupan keluarga dalam memelihara lingkungan yang dapat mempengaruhi terhadap kesehatan. Ketidaksanggupan ini disebabkan karena sumber-sumber dalam keluarga tidak mencukupi diantaranya adalah biaya.

(5) Memanfaatkan dan menggunakan fasilitas kesehatan

Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan. Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga

yang mempunyai masalah anemia. Agar penderita anemia dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan sebagai tempat bila ada keluhan.

6) Stress dan coping keluarga

- a) Stressor jangka panjang dan stressor jangka pendek, serta keluarga.

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu ± 6 bulan. Sedangkan stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu ≥ 6 bulan (Padila, 2012).

- b) Respon keluarga terhadap stress

Dikaji sejauh mana respon keluarga terhadap stressor.

- c) Strategi coping yang digunakan

Dikaji strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.

- d) Strategi adaptasi yang disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress (Padila, 2012).

7) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

Pemeriksaan fisik dilakukan pada anggota keluarga yang sakit, yaitu anak dewasa yang menjadi sasaran penulis dalam asuhan keperawatan.

8) Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan (Padila, 2012).

b. Kemungkinan diagnosa yang muncul

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, yang terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi

keperawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi, dan symptom) (Padila,2012).

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada masalah kebutuhan aktivitas menurut Problem (SDKI,2016) di antaranya :

- 1) Gangguan mobilitas fisik
- 2) Intoleransi aktivitas
- 3) Keletihan
- 4) Risiko intoleransi aktivitas

Skoring Masalah

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga seperti tabel berikut :

Tabel 2.4 Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

KRITERIA	BOBOT	SKOR
Sifat Masalah :	1	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan :	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0
Potensi masalah untuk dicegah :	1	Tinggi = 3 Cukuo = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah :	1	Segera diatas = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

Cara Skoring :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot. **Skor/angka tertinggi x Bobot**
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.

c. Intervensi Keperawatan

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk

mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Anderson & Mc Farlane, 2000).

Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S = spesifik, M = *measurable* / dapat di ukur, A = *achievable* / dapat dicapai, R = reality, T = *time limited* / punya limit waktu)(Komang Ayu H.A, 2010).

e. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga (Komang Ayu H.A, 2010).

Menurut Padila (2012) tindakan perawatan terhadap keluarga meliputi:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - a) Memberikan informasi : penyuluhan atau konseling
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
 - a) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b) Mengidentifikasi sumber sumber yang dimiliki keluarga
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas kesehatan yang ada di rumah

- c) Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan
- 4) Membantu keluarga menemukan cara-cara membuat bagaimana memodifikasi lingkungan dengan cara :
 - a) Menemukan sumber sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b) Melakukan perubahan lingkungan seoptimal mungkin
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara :
 - a) Memperkenalkan fasilitas yang ada dalam lingkungan keluarga
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

f. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

S : Keluarga dapat menjelaskan kembali materi tentang anemia dan dampak yang telah dijelaskan oleh perawat.

O : Keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan perawat tentang anemia.

A : Anak dewasa dapat mengatasi masalah anemia setelah mendapatkan informasi tentang anemia dari perawat.

P : Memberikan informasi tentang dampak anemia secara rutin kepada keluarga dan anak dewasa.