

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Dasar Persepsi Sensori

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).

Gangguan Persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon berkurang, berlebih atau terdistorsi (SDKI, 2016)

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Aspiani, 2014).

WHO dan Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang bengangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Nugroho, 2008).

Lanjut usia adalah sebagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Hal yang normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua

merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap. (Azizah, 2012).

2. Klasifikasi Lanjut Usia

a. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia WHO, ada 4 tahap yakni:

- 1) Usia pertengahan (Middle age, 45- 59 tahun).
- 2) Lanjut Usia (Elderly 60-74 tahun)
- 3) Lanjut Usia Tua (Old 75-90)
- 4) Usia Sangat Tua (Verry Old, diatas 90 tahun).

b. Menurut Dep. Kes.RI Departemen kesehatan republik Indonesia membagi lanjut usia menjadi sebagai berikut:

- 1)Kelompok menjelang usia lanjut (45 – 54 tahun), keadaan ini dikatakan sebagai masa virilitas.
- 2)Kelompok usia lanjut (55 – 64 tahun) sebagai masa pensiunan.
- 3)Kelompok-kelompok usia lanjut (> 65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium.

c. Menurut prof. DR. Koesoemanto Setyonegoro, SpKJ, lanjut usia dikelompokan sebagai berikut:

- 1) Usia dewasa muda (elderly adulthood) (18/20-25 tahun).
- 2) Usia dewasa penuh (middle years) atau maturasi (25-65 tahun).
- 3) Lanjut usia (geriatric age) (lebih dari 65/70 tahun).
- 4) Young old (70-75 tahun).
- 5) Old (75-80 tahun).
- 6) Very old (usia lebih dari 80 tahun).

3. Teori-teori Proses Penuaan

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan, yaitu teori biologi, psikososial, teori lingkungan. (Aspiani, 2014).

a. Teori Biologis

1) Teori Genetik

Teori ini menyatakan bahwa menua itu telah terprogram secara genetic/jam biologis sendiri dan setiap spesies mempunyai batas usia yang berbeda beda yang tela di putar menurut replikasi tertentu sehingga bila jenis ini berhenti berputar, ia akan mati.

b. Teori Non Genetik

1) Teori Penurunan system imun tubuh (*auto immunetheory*)

mutasi yang berulang dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan system imun tubuh mengenai dirinya sendiri (Self Recognition). Jika mutasi yang merusak membrane sel, akan menyebabkan system imun tidak mengenalinya sehingga merusaknya. Hal inilah yang mendasari peningkatan penyakit auto imun pada lanjut usia.

2.) Teori kerusakan akibat radikal bebas (*free radical theory*)

Radikal bebas dianggap sebagai penyebab penting terjadinya kerusakan fungsi sel. Radikal bebas yang terdapat di lingkungan seperti ; Asap kendaraan bermotor, asap rokok, zat pengawet makanan, radiasi, sinar ultraviolet yang mengakibatkan terjadinya perubahan pigment dan kolagen pada proses menua.

3) Teori menua akibat metabolisme

Bahwa pengurangan asupan kalori ternyata bisa menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur, sedangkan perubahan asupan kalori yang menyebabkan kegemukan dapat memperpendek umur (Darmojo, 1999).

4) Teori rantai silang

Teory ini menjelaskan bahwa menua disebabkan oleh lemak, protein, karbohidrat, dan asam nukleat (molekul kolagen) bereaksi dengan zat kimia dan radiasi, mengubah fungsi

jaringan yang menyebabkan perubahan pada membrane plasma, yang mengakibatkan terjadinya jaringan yang kaku, kurang elastis, dan hilangnya fungsi pada proses menua.

5) Teori fisiologis

Teori ini merupakan teori intrinsic dan ekstrinsik, terdiri atas teori oksidasi stress, dan teori dipakai aus (wear and tear theory). Disini terjadi kelebihan usai dan stress menyebabkan sel tubuh lelah terpakai (regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal).

b. Teori Sosiologis

1) Teori interaksi social

Pokok social exchange theory antara lain ;

- a) Masyarakat terdiri atas aktor social berupaya mencapai tujuannya masing masing.
- b) Dalam upaya tersebut, terjadi interaksi social yang memerlukan biaya dan waktu.
- c) Untuk mencapai tujuan yang hendak di capai, seorang actor mengeluarkan biaya.

2) Teori aktivitas atau kegiatan

- a) Ketentuan tentang semakin menurunnya jumlah kegiatan secara langsung. Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan social.
- b) Lanjut usia akan merasakan kepuasan bila dapat melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut selama mungkin.
- c) Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup lanjut usia.
- d) Mempertahankan hubungan antara system social dan

individu agar tetap stabil dari usia pertengahan sampai lanjut usia.

3) Teori kepribadian berlanjut (*Continuity theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya. Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia.

4) Teori pembebasan/ penarikan diri (*disengagement theory*)

Teori ini membahas putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya.

5) Pokok-pokok disengagement theory

a) Pada pria, kehilangan peran hidup utama terjadi pada masa pensiun. Pada wanita, terjadi pada masa peran dalam keluarga berkurang, misalnya saat anak menginjak dewasa dan meninggalkan rumah untuk belajar dan menikah.

b) Lanjut usia dan masyarakat menarik manfaat dari hal ini karena lanjut usia dapat merasakan tekanan sosial berkurang, sedangkan kaum muda memperoleh kesempatan kerja yang lebih baik.

c) Ada 3 aspek utama dalam teori ini yang perlu diperhatikan:

(1) Proses menarik diri terjadi sepanjang hidup.

(2) Proses tersebut tidak dapat dihindari.

(3) Hal ini diterima lanjut usia dan masyarakat.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan Keperawatan Kebutuhan Komunikasi

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan (Kozier, 2011) Adapun beberapa yang perlu di kaji adalah usia, karena ada beberapa penyakit/gangguan komunikasi banyak terjadi pada klien di atas 60 tahun.

2. 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 komunikasi termasuk kedalam kategori relasional. Dengan demikian masalah keperawatan yang muncul pada subkategori interaksi sosial dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, di antaranya yaitu:

a. Gangguan Persepsi Sensori

1) Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

2) Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan
- e) Hipoksia serebral
- 6) Penyalahgunaan zat
- 7) Usia lanjut
- 8) Pemajanan toksin lingkungan

3) Gejala dan Tanda Mayor

**Tabel 3 gejala dan tanda mayor gangguan persepsi sensori
Sumber (SDKI 2017)**

| Subjektif | Objektif |
|---|--|
| 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan | 1. Distorsi sensori |
| 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pengecapan atau mendengar. | 2. Respon tidak sesuai |
| | 3. Bersikap seolah melihat, mengecap, meraba, atau mencium |

4) Gejala dan Tanda Minor

**Tabel 4 gejala dan tanda minor gangguan persepsi sensori
menurut (SDKI 2017)**

| Subjektif | Objektif |
|---------------------|---|
| 1. Menyatakan kesal | 1. Menyendiri |
| | 2. Melamun |
| | 3. Konsentrasi buruk |
| | 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi |
| | 5. Curiga |
| | 6. Melihat ke satu arah |
| | 7. Mondar-mandir |
| | 8. Bicara sendiri |

5) Kondisi Klinis Terkait

- 1) Glaukoma
- 2) Katarak
- 3) Gangguan refraksi (miopoa, hiperopia, astigmatisma, presbiopia)

- 4) Trauma okuler
- 5) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV dan VI akibat stroke, aneurisme intrakranial, trauma/tumor otak)
- 6) Infeksi okuler
- 7) Presbiokusis
- 8) Malfungsi alat bantu dengar
- 9) Delirium
- 10) Demensia
- 11) Gangguan amnestik
- 12) Penyakit terminal
- 13) Gangguan psikotik

b. Gangguan komunikasi verbal

1) Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbolik.

2) Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan Pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- g) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- h) Hambatan individu (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga rendah, gangguan privasi)

- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

3) Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 1 gejala dan tanda mayor gangguan komunikasi verbal menurut (SDKI 2017)

| Subjektif | Objektif |
|------------------|---|
| (tidak tersedia) | 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar |
| | 2. Menunjukkan respon tidak sesuai. |

4) Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2 gejala dan tanda minor gangguan komunikasi verbal menurut (SDKI 2017)

| Subjektif | Objektif |
|-----------|---|
| | 1. Afasia |
| | 2. Disfasia |
| | 3. Apraksia |
| | 4. Disleksia |
| | 5. Disartia |
| | 6. Afonia |
| | 7. Dislalia |
| | 8. Pelo |
| | 9. Gagap |
| | 10. Tidak ada kontak mata |
| | 11. Sulit memahami komunikasi |
| | 12. Sulit mempertahankan komunikasi |
| | 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah |
| | 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh |
| | 15. Sulit menyusun kalimat |
| | 16. Verbalisasi tidak cepat |

| | |
|--|--------------------------------------|
| | 17. Sulit menggunakan kata-kata |
| | 18. Disorientasi orang, ruang, waktu |
| | 19. Defisit penglihatan |
| | 20. Delusi |

5) Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera kepala
- c) Trauma wajah
- d) Peningkatan tekanan intrakranial
- e) Hipoksia kronis
- f) Tumor
- g) Miastenia gravis
- h) Sklerosis multipel
- i) Distropi Meskuler
- j) Penyakit Alzheimer
- k) Kuadriplegia
- l) Labiopalatoskizis
- m) Infeksi laring
- n) Fraktur rahang
- o) Skizofrenia
- p) Delusi
- q) Paranoid
- r) Autisme

3. Rencana tindakan keperawatan

Intervensi merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan

keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Tabel 5 intervensi keperawatan gangguan komunikasi menurut (SIKI 2018)

| NO | Diagnosa Keperawatan | Intervensi Utama | Intervensi Pendukung |
|----|----------------------------|---|---|
| 1. | Gangguan Komunikasi Verbal | <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa kemampuan pendengaran 2. Monitor akumulasi serumen berlebihan. 3. Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien (mis. Lisan, tulisan, gerakan bibir, bahasa isyarat. <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan bahasa yang sederhana 2. gunakan bahasa isyarat, jika perlu 3. Verifikasi apa yang dikatakan dan ditulis pasien. 4. Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar. 5. Berhadapan secara langsung dengan klien secara langsung saat berkomunikasi. 6. Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet, dan menutupi mulut saat berbicara. 7. Hindari kebisingan saat berkomunikasi. 8. Hindari berkomunikasi lebih dari 1 meter dengan pasien. 9. Lakukan irigasi telinga, | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan pengembalian keputusan 3. Dukungan perawatan diri 4. Latihan memori 5. Manajemen dimensia 6. Manajemen energy 7. Manajemen lingkungan 8. Manajemen medikasi 9. Perawatan telinga 10. Redukasi ansietas 11. Terapi seni 12. Terapi sentuhan 13. Terapi validasi |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | jika perlu. 10. Pertahankan kebersihan telinga. Edukasi : 1. anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat 2. Ajarkan cara membersihkan serumen dengan benar. | |
|--|--|---|--|

4. 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).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan menurut kozier (2010) adalah fase kelima atau akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi asuhan keperawatan yang diharapkan adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan berbicara meningkat
2. Kemampuan mendengar meningkat
3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
4. Kontak mata meningkat
5. Pelo menurun
6. Gagap menurun
7. Respon perilaku meningkat
8. Pemahaman komunikasi meningkat

**Tabel 6 Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)
Gangguan Komunikasi Verbal**

| Kriteria | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup Meningkat | Meningkat |
|---------------------|---------|---------------|--------|-----------------|-----------|
| Kemampuan Berbicara | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kemampuan mendengar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| Kesesuaian ekspresi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wajah/tubuh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Kriteria | Meningkat | Cukup Meningkat | Sedang | Cukup Menurun | Menurun |
|--------------------|------------------|------------------------|---------------|----------------------|----------------|
| Afasia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Disfasia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Apraksia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Disieksia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Afonia Disialia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pelo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gagap | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Kriteria | Memburuk | Cukup Memburuk | Sedang | Cukup Membaik | Membaik |
|----------------------|-----------------|-----------------------|---------------|----------------------|----------------|
| Respon Prilaku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pemahaman Komunikasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(Sumber : PPNI, SLKI, 2018).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi

Proses degenerasi adalah hal yang wajar. Bagian yang paling jelas kelihatan mengalami penurunan adalah berkurangnya elastisitas jaringan daun telinga dan liang telinga. Kelenjar-kelenjar sebacea dan seruminosa mengalami gangguan fungsi sehingga produksinya berkurang. Selain itu, terjadi juga penyusutan jaringan lemak yang seharusnya berperan sebagai bantalan disekitar disekitar liang telinga. Semua itu menyebabkan kulit daun telinga dan liang telinga menjadi kering. Serumen jadi sering mengumpul, menegras dan menempel dengan jaringan kullit liang telinga. Saluran pendengaran ditutupi oleh kulit dan dilapisi dengan folikel rambut serta kelenjar penghasil serumen. Serumen atau kotoran telinga adalah zat alami yang secara genetis mengering (menjadi serpihan) atau basah (lembab). Fungsi serumen adalah membersihkan, melindungi, dan melumasi saluran telinga. Serumen secara alami dapat dikeluarkan, hanya saja pada lansia, serumen diproduksi cukup banyak karena perubahan terkait usia, seperti peningkatan konsentrasi keratin, pertumbuhan rambut yang lebih panjang dan luas (terutama pada pria), serta penipisan lapisan kulit pada saluran pendengaran. Penurunan fungsi

pendengaran terkait usia juga berpengaruh pada aktivitas kelenjar keringat yang mengakibatkan meningkatnya potensi tumpukan serumen yang sulit dibersihkan. Saluran telinga yang robek adalah kondisi lain yang juga memengaruhi lokalisasi dan persepsi suara frekuensi tinggi pada lansia (Miller, 2010)

Telinga bagian dalam juga mengalami perubahan bagi orang usia lanjut. Komponen telinga dalam berupa bagian sensorik, saraf, pembuluh darah, jaringan penunjang maupun sinaps saraf rentan mengalami perubahan akibat degenerasi. Bagian yang paling rentan adalah organ corti. Biasanya, lanjut usia akan mengalami tuli sensorineural, bisa juga berupa tuli konduktif atau tuli campur :

- a. Tuli konduktif : Pada usia lanjut, kelenjar-kelenjar serumen mengalami atrofi, sehingga produksi kelenjar serumen berkurang dan menjadi lebih kering, sering terjadi perubahan prop yang akan mengakibatkan tuli konduktif. Membran timpani yang bertambah kaku dan tebal juga akan menyebabkan gangguan konduksi, demikian pula halnya dengan kekakuan yang terjadi pada persendian tulang-tulang pendengaran.
- b. Tuli sensorineural (Presbikusis) : Presbikusis adalah tuli sensorineural yang umumnya terjadi mulai usia 65 tahun. Imbang menyerang telinga kanan maupun kiri. Presbikusis dimulai pada frekuensi 1000 Hz atau lebih. Menyerang laki-laki maupun perempuan, namun biasanya laki-laki lebih cepat terkena daripada perempuan.

2. Etiologi

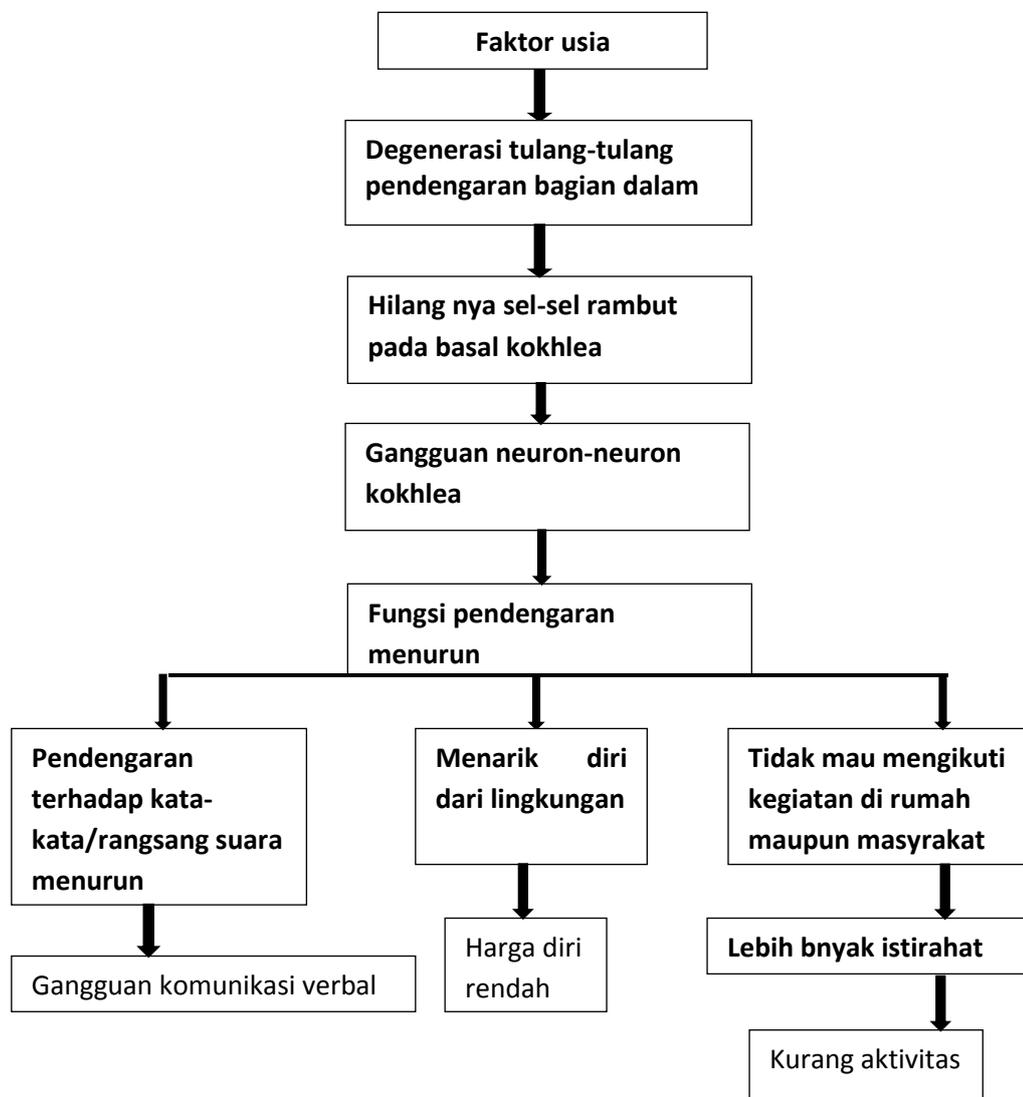
Seiring bertambahnya usia, perubahan patologik pada organ auditori pasti terjadi. Hal ini menyebabkan gangguan pendengaran pada usia lanjut. Presbikusis adalah akibat dari proses degenerasi. Hal ini juga dipicu beberapa faktor, hereditas, pola makan, metabolisme, arteriosklerosis, infeksi, bising, dan gaya hidup. Degenerasi ditambah akumulasi faktor-faktor

di atas menyebabkan pendengaran mengalami penurunan.

3. Patofisiologi

Degenerasi menyebabkan perubahan struktur koklea dan N. VIII. Pada koklea perubahan yang mencolok adalah atrofi dan degenerasi sel-sel rambut penunjang pada organ corti. Proses atrofi disertai dengan perubahan vaskuler juga terjadi pada stria vaskularis. Selain itu terdapat pula perubahan, berupa berkurangnya jumlah dan ukuran sel-sel ganglion dan saraf. Hal yang sama juga terjadi pada myelin akson saraf (Utama, 2014)

4. Pathway



Gambar 1 Pathway pada lansia dengan gangguan pendengaran (Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan pendengaran, 2018)

5. Manifestasi Klinis

Pasien yang mengalami presbikusis akan merasakan berkurang pendengarannya secara perlahan-lahan pada kedua telinga. Keluhan lainnya, pasien akan merasakan denging yang keras pada telinganya (tunitus nada tinggi). Pasien dapat mendengar suara percakapan, namun sulit untuk memahaminya, apalagi jika diucapkan dengan cepan dan di tempat yang bising. Bila intensitas suara ditinggikan akan timbul rasa nyeri ditelinga, penyebabnya adalah faktor kelelahan saraf.

6. Faktor Risiko

- a. Hipertensi
- b. Hiperkolesterol
- c. Perokok

7. Pencegahan

- a. Hindari suara bising : menghindari suara bising adalah pencegahan yang paling mudah untuk dilakukan. Membatasi suara keras akan mencegah timbulnya presbikusis, sumber suara keras seperti *speaker*, *headphone*, *earphone*; sumber suara keras lain. Seperti petasan, mesin atau senjata api, mobil balap, acara olahraga, sepeda motor; perahu motor; harus dihindari.
- b. Gunakan pelindung : jika berada di sekitar suara keras selama lebih dari beberapa menit, pertimbangkan mengenakan perlindungan. Sekeras apa suara digolongkan bising? Jika harus menaikkan suara untuk berteriak agar bisa didengar jelas oleh seseorang yang berjarak 1-2 meter, suara bising tersebut bisa menjadi resiko serius untuk pendengaran.
- c. Rutin periksakan pendengaran : periksakan telinga didokter THT (telinga, hidung, tenggorokan) untuk mendengarkan secara rutin.

8. Penatalaksanaan

- a. Rehabilitasi

Merupakan upaya untuk mengembalikan fungsi pendengaran dengan

pemasangan alat bantu dengar (hearing aid). Pemasangan alat bantu dengar hasilnya akan lebih memuaskan bila dikombinasikan dengan latihan membaca ujarnya (speech reading), dan latihan mendengar (auditory training), prosedur pelatihan tersebut dilakukan bersama ahli terapi wicara (speech therapist).

Tujuan rehabilitasi pendengaran adalah memperbaiki efektifitas pasien dalam komunikasi sehari-hari. Membaca gerak bibir dan latihan pendengaran adalah komponen tradisional dari rehabilitasi pendengaran. Pasien harus dibantu untuk memanfaatkan secara maksimal isyarat-isyarat visual sambil mengenali beberapa keterbatasan dalam membaca gerak bibir.

Latihan tambahan dapat dipusatkan pada lokalisasi, pemakaian telepon, cara acara untuk memperbaiki rasio sinyal bising dan perawatan serta pemeliharaan alat bantu dengar.

D. Konsep Keluarga

1. Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Di kutip dari buku keperawatan keluarga (Padila, 2018) Pengertian keluarga sangat variatif sesuai dengan orientasi teori yang menjadi dasar pendefinisannya. Keluarga berasal dari bahasa Sanskerta (kula dan warga) kulawarga yang berarti anggota kelompok kerabat.

Friedman (1998), mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem sosial. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Selanjutnya dapat melihat keluarga dari ciri-cirinya sebagaimana yang dikemukakan oleh Burgess (1993) dalam (Friedman, 1998) bahwa ciri-ciri keluarga berdasarkan orientasi tradisional, adalah:

- a. Keluarga terdiri dari individu-individu yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah dan adopsi.

- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka terpisah, tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah-ibu, anak laki-laki dan anak perempuan dan lain sebagainya.
- d. Keluarga menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri tersendiri.

Jadi dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jikalau ada:

- 1) Ikatan atau persekutuan (perkawinan /kesepakatan)
- 2) Hubungan (darah/adopsi/kesepakatan)
- 3) Ikatan emosional
- 4) Tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dan jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain
- 5) Ada peran masing-masing anggota keluarga
- 6) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain
- 7) Mempunyai tujuan: menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, social anggota.

b. Tahap perkembangan keluarga dengan usia lanjut

Setelah mengalami masa tahap pasangan baru (*beginning family*) dan tahap keluarga usia pertengahan (*middle age families*), keluarga akan mengalami tahap terakhir yaitu tahap lanjut usia. Di kutip dari buku (asuhan keperawatan keluarga, 2013) tahap usia lanjut adalah tahap perkembangan terakhir, perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun berlanjut salah satu pasangan meninggal samapai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realita yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stresos dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stresor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilagan berbagai hubungan sosial, kehilangan

pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Lanjut usia umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya. Hasil riset day and day, 1993 wanita yang tinggal dengan pasangan-pasangannya memperlihatkan adaptasi yang lebih positif dalam memasuki tuanya dibandingkan wanita yang tinggal dengan teman sebayanya. Orangtua juga perlu melakukan “file review” dengan mengenang pengalaman hidup dan keberhasilan di masa lalu agar orangtua merasakan bahwa hidupnya berkualitas dan berarti.

Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
- 4) Memperthankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- 5) Melakukan *file refiew*.
- 6) Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian

Sedangkan menurut Carter dan Mc.Goldik, 1988, Duval dan Miller, 1985 tugas perkembangan keluarga meliputi :

- 1) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan.
- 2) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.
- 3) Memperthankan hubungan perkawinan.
- 4) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan.
- 5) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi.
- 6) Meneruskan untuk memahami ekstensi mereka (penelaahan dan integritas hidup)

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 :

- 1) melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif,
- 2) Memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga,
- 3) Menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga,
- 4) Menerima dan mengakui struktur keluarga, dan
- 5) Menekankan pada kemampuan keluarga (Sudiharto, 2007).

Dikutip dari buku (Asuhan Keperawatan Keluarga, 2010) adapun peran keluarga sebagai berikut :

- 1) Pendidik

Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan keperawatan keluarga secara mandiri dan bertanggung jawab.

2) Koordinator

Diperlukan pada perawat berkelanjutan agar pelayanan yang komperhensif dapat dicapai.

3) Pelaksana

Perawat yang bekerja dengan klien dan keluarga baik di rumah, klinik maupundi rumah sakitbertanggung jawabdalam memberikan perawat langsung.

4) Pengawas Kesehatan

Sebagai pengawas kesehatan, perawat harus melakukan home visite atau kunjungan rumah yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga.

5) Konsultan

Perawat sebagai narasumber bagi keluarga di dalam mengatasi masalah kesehatan.

6) Kolaborasi

Perawat komunitas juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluaraga yang optimal.

7) Fasilitator

Membantu keluarga dalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

8) Penemu Kasus

Mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan atau wabah.

9) Modifikasi Lingkungan

Perawat juga harus dapat memodifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar dapat lingkungan yang sehat.

2. Asuhan keperawatan keluarga

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seseorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya, 2009)

a. Pengumpulan data

Sumber informasi dari tahapan pengumpulan data dapat menggunakan metode wawancara, observasi misalnya tentang keadaan/fasilitas rumah, pemeriksaan fisik terhadap seluruh anggota keluarga secara head to toe dan telaahan data sekunder. Hal-hal yang perlu dikumpulkan datanya dalam pengkajian keluarga adalah:

a) Data umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi:

- (1) Nama kepala keluarga (KK)
- (2) Alamat dan telepon
- (3) Pekerjaan kepala keluarga
- (4) Pendidikan kepala keluarga
- (5) Komposisi keluarga dan genogram

Komposisi keluarga : Menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut. Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang sudah dewasa, kemudian di ikuti dengan anggota susunan kelahiran mulai dari yang lebih tua, kemudian mencantumkan jenis kelamin, hubungan setiap anggota keluarga, tempat tinggal lahir/umur, pekerjaan dan pendidikan (Padila, 2018)

Tabel 7 Komposisi anggota keluarga

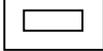
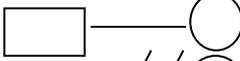
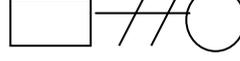
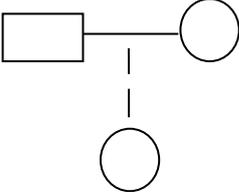
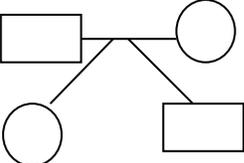
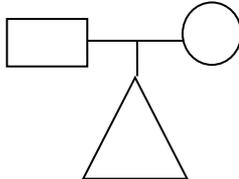
| Nama | Umur | Sex | Hub dengan KK | Pendidikan | pekerjaan | Keterangan |
|------|------|-----|---------------|------------|-----------|------------|
| | | | | | | |

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga (pohon keluarga). Genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat dan sumber-sumber keluarga. Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan penyakit. Untuk hal tersebut, maka genogram keluarga harus memuat informasi tiga generasi (keluarga inti dan keluarga masing-masing orangtua) (Padila, 2018).

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998) seperti :

Laki-laki

: 

| | | |
|----------------------------|---|---|
| Perempuan | : |  |
| Meninggal dunia | : |   |
| Tinggal serumah | : |  |
| Pasien yang diidentifikasi | : |  |
| Kawin | : |  |
| Cerai | : |  |
| Anak adopsi | : |  |
| Anak kembar | : |  |
| Aborsi/ keguguran | : |  |

(6) Tipe keluarga

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

(7) Suku bangsa

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

(8) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

(9) Status sosial ekonomi keluarga

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

(10) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

b) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

(1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

(2) 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.

(3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

(4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c) Pengkajian lingkungan

(1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

(2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

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

(3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat.

(4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

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

d) Struktur keluarga

(1) Sistem pendukung keluarga

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

(2) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

(3) Struktur kekuatan keluarga

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

(4) Struktur peran

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

(5) Nilai atau norma keluarga

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

e) Fungsi keluarga

(1) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

(2) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku.

(3) Fungsi perawatan kesehatan

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

dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat.

(4) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah berapa jumlah anak, apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

(5) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah sejauhmana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan. Sejauhmana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

f) Stress dan koping keluarga

(1) Stressor jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan, sedangkan stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

(2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Dikaji sejauhmana keluarga berespon terhadap stressor.

(3) Strategi koping yang digunakan

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

(4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.

g) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik.

h) Harapan keluarga

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

a. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang didapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi keperawatan keluarga.

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi, dan symptom) dimana untuk menggunakan rumusan masalah dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah.

Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga actual (terjadi defisit/gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (wellness).

Penulisan diagnosa keperawatan keluarga:

1) Diagnosa keperawatan keluarga: aktual

Diagnosa keperawatan keluarga aktual dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang dan sudah terjadi gangguan, misalnya gangguan nutrisi, aktivitas, rasa nyaman nyeri, dan lain sebagainya.

2) Diagnosa keperawatan keluarga: resiko (ancaman)

Diagnosa keperawatan keluarga resiko dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah yang kurang bersih,

pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat dan lain sebagainya.

3) Diagnosa keperawatan keluarga: sejahtera (potensial)

Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera merupakan suatu keadaan dimana keluarga didalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat di tingkatkan. Rumusan diagnosanya boleh tidak menggunakan etiologi.

Setelah seluruh diagnosa keperawatan keluarga ditetapkan sesuai prioritas, maka selanjutnya dikaji tingkat kemandirian keluarga. (format pengkajian kemandirian: lihat di penilaian).

Diagnosa keperawatan keluarga meliputi diagnosa aktual, resiko dan potensial. Berdasarkan pengkajian penulis mengangkat diagnosa aktual karena penulis melihat keadaan klien yang selalu mengeluhkan nyeri perut dibagian atas (ulu hati) dan mual saat makan, klien sudah mengalami gejala gastritis sudah 2 tahun terakhir maka penulis mengangkat asuhan keperawatan keluarga dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri gastritis pada anak usia dewasa awal.

Pada suatu keluarga mungkin saja menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut:

Tabel 8 perhitungan skala prioritas (Padila,2018)

| Kriteria | Skor | Bobot |
|--------------------------------------|------|-------|
| 1. Sifat masalah | | |
| a. Aktual (tidak/kurang sehat) | 3 | 1 |
| b. Ancaman kesehatan | 2 | |
| c. Keadaan sejahtera | | |

| | | |
|--|-------------|---|
| | 1 | |
| 2. Kemungkinan masalah dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat | 2 1 0 | 2 |
| 3. Potensi masalah untuk dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah | 3 2 1 | 1 |

Cara melakukan skoringnya adalah:

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga

Dalam menentukan prioritas, banyak faktor yang mempengaruhi untuk kriteria yang pertama yaitu sifat masalah, skor yang lebih besar (3) diberikan pada tidak/kurang sehat karena kondisi ini biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga, ancaman kesehatan skor dua dan keadaan sejahtera skor satu.

Untuk kriteria kedua yaitu kemungkinan masalah dapat diubah, dengan memperhatikan faktor-faktor berikut:

- 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
- 2) Sumber daya keluarga baik dalam bentuk fisik, keuangan maupun tenaga.

- 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- 4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi masyarakat dan dukungan masyarakat.

Untuk kriteria ketiga yaitu potensi masalah dapat dicegah, dengan memperhatikan faktor-faktor berikut:

- 1) Kepelikan masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
- 2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
- 3) Tindakan yang sedang dijalankan, yaitu tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- 4) Adanya kelompok *high risk* atau kelompok yang sangat peka menambah masalah.

Untuk kriteria keempat yaitu menonjolnya masalah, dalam hal ini perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut.

c. Rencana keperawatan

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat kriteria dan standar. Tujuan dirumuskan secara spesifik, dapat diukur (*marusable*), dapat dicapai (*achievable*), rasional dan menunjukkan waktu (SMART). Rencana intervensi ditetapkan untuk mencapai tujuan. Wright dan Leahey dalam Friedman (1998) membagi intervensi keperawatan keluarga menjadi dua tingkatan intervensi, yaitu intervensi pemulaan dan intervensi lanjut. Intervensi pemulaan meliputi intervensi yang bersifat sportif, edukatif dan langsung ke arah sasaran, sedangkan pada tingkat lanjut, meliputi sejumlah intervensi terapi keluarga yang lebih bersifat psikososial dan tidak langsung.

Feeman (1970) dalam Friedman (1998) mengklasifikasikan (tipologi) intervensi keperawatan keluarga menjadi :

1) Intervensi supplemental

Perawat sebagai pemberi perawatan langsung dengan mengintervensi bidang-bidang yang keluarga tidak dapat melakukannya.

2) Intervensi fasilitatif

Perawat berusaha memfasilitasi pelayanan yang diperlukan keluarga seperti pelayanan medis, kesejahteraan sosial, transportasi dan pelayanan kesehatan dirumah.

3) Intervensi perkembangan

Perawat melakukan tindakan dengan tujuan memperbaiki dan meningkatkan kapasitas keluarga dalam perawatan diri dan tanggung jawab pribadi. Perawat membantu keluarga memanfaatkan sumber-sumber perawatan untuk keluarganya termasuk dukungan internal dan eksternal.

Selanjutnya intervensi keperawatan keluarga diklasifikasikan menjadi intervensi yang mengarah pada aspek kognitif, efektif dan psikomotor (prilaku). Semua intervensi baik berupa pendidikan kesehatan, tetapi modalitas ataupun terapi komplementer pada akhirnya ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas keluarga dalam kesehatan.

Kriteria dan standar merupakan rencana evaluasi, berupa pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan berdasarkan tujuan khusus yang ditetapkan. Kriteria dapat berupa respon verbal, sikap atau psikomotor, sedangkan standar berupa patokan/ukuran yang kita tentukan berdasarkan kemampuan keluarga, sehingga dalam menentukan standar antara klien satu dengan klien yang lainnya walaupun masalahnya sama, standarnya bisa jadi berbeda.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. Tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa:

- 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 oleh keluarga
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/perawatan
- 4) Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:
 - a) Menggunakan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga

- b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Metode yang dapat dilakukan untuk menerapkan implementasi dapat bervariasi seperti melalui partisipasi aktif keluarga, pendidikan kesehatan, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi dan konsultasi.

- e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan keluarga yaitu penilaian keberhasilan tindakan, maka selanjutnya dilakukan penilaian. Tindakan-tindakan keperawatan keluarga mungkin saja tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan, untuk itu dilakukan secara bertahap, demikian halnya dengan penilaian. Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan planning).

S: Hal-hal yang dikemukakan keluarga

O: Hal-hal yang ditemukan perawat yang dapat diukur

A: Analisa hasil yang telah dicapai, mengacu pada tujuan dan diagnosa

P: Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga.

Penilaian terhadap asuhan keperawatan juga dilakukan dengan melakukan penilaian tingkat kemandirian keluarga. Pada saat pengkajian, kemandirian keluarga dikaji untuk mengetahui tingkat kemandirian keluarga sebelum diberikan pembinaan/tindakan keperawatan, sedangkan pada saat evaluasi dilakukan untuk mengetahui tingkat kemandirian keluarga setelah pembinaan/tindakan keperawatan dilakukan.