

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar**

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki 5 kebutuhan dasar. Dasar paling bawah atau tingkat pertama, termasuk kebutuhan fisiologi seperti udara, air dan makan. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga keamanan fisik dan fisiologis. Tingkat ketiga berisi akan kebutuhan cinta dan memiliki, termasuk didalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, hubungan cinta. Tingkat keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan diri, termasuk juga kepercayaan diri, pendayagunaan, penghargaan dan nilai diri. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan aktualisasi diri, keadaan pencapaian potensi, dan mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan kehidupan (Potter & Perry, 2009).

##### **2. Pengertian *Personal Hygiene***

*Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* yang berarti sehat. Kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Kasiati & Rosmalawati Ni Wayan Dwi, 2016). Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan kehidupan dan kesehatan salah satunya adalah *personal hygiene*. Kebutuhan *personal hygiene* merupakan kebutuhan perawatan diri sendiri atau perorangan yang dilakukan perorangan untuk mempertahankan kesehatan fisik maupun psikologis (Kasiati & Rosmalawati Ni Wayan Dwi, 2016).

Perawatan diri atau adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya. Kemampuan ini berguna untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan memerlukan *personal*

*hygiene* ketika ia tidak mampu perawatan diri secara mandiri (Depkes, 2000 dalam buku Sutanto, 2017). Seorang ilmuwan bernama Potter Perry (2005) menyatakan, *personal hygiene* (perawatan diri) merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesejahteraan. Tindakan ini pada akhirnya bermanfaat bagi kesejahteraan fisik dan psikis. Sementara itu, juga ada sebuah kondisi yang disebut sebagai kurang perawatan diri. Hal ini merupakan sebuah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk diri sendiri (Tarwoto & Wartonah, 2011).

*Personal hygiene* (kebersihan diri) merupakan kebersihan diri yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan diri sendiri baik secara fisik maupun mental. Kebersihan diri merupakan langkah awal dalam mewujudkan kesehatan diri karena tubuh yang bersih meminimalkan risiko seseorang terjangkit suatu penyakit, terutama penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri yang buruk (Haswita, 2017).

### 3. Jenis Personal Hygiene

Menurut Mubarak, *et al* (2015) terdapat beberapa jenis *personal hygiene*, yaitu:

#### a. Berdasarkan waktu pelaksanaan

*Personal hygiene* dapat dibagi menjadi 4 (empat):

##### 1) Perawatan dini hari

Merupakan perawatan yang dilakukan pada waktu bangun tidur, untuk melakukan tindakan seperti persiapan dalam pengambilan bahan pemeriksaan (urine/feses) dan mempersiapkan pasien melakukan sarapan.

##### 2) Perawatan pagi hari

Perawatan yang digunakan setelah melakukan sarapan pagi, perawat melakukan pertolongan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi (mandi, bab, dan bak) sampai merapihkan tempat tidur pasien.

3) Perawatan siang hari

Setelah makan siang melakukan perawatan diri anatara lain, mencuci piring, membersihkan tangan dan mulut. Setelah itu, perawatan diri yang dilakukan setelah melakukan berbagai tindakan pengobatan serta membersihkan tempat tidur pasien.

4) Perawatan menjelang tidur

Perawatan yang dilakukan saat menjelang tidur agar pasien dapat beristirahat dengan nyaman seperti, mencuci tangan, membersihkan wajah dan menyikat gigi.

b. Berdasarkan tempat

1) *Personal hygiene* pada kulit

Kulit merupakan salah satu bagian penting bagi tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman, sehingga diperlukan perawatan yang baik dan bermanfaat sebagai:

- a) Mengatur keseimbangan tubuh dan membantu produksi keringat serta penguapan.
- b) Sebagai indra peraba yang membantu tubuh menerima rangsangan.
- c) Membantu keseimbangan cairan dan elektrolit yang mencegah pengeluaran cairan tubuh secara berlebihan.
- d) Menghasilkan minyak untuk menjaga kelembapan kulit.
- e) Menghasilkan dan menyerap vitamin D sebagai penghubung atau pemberian vitamin D dari sinar ultraviolet matahari.

Faktor yang mempengaruhi perubahan dan kebutuhan pada kulit:

a) Umur

Perubahan kulit dapat ditentukan oleh umur seseorang, seperti pada bayi yang kondisi kulitnya masih sensitive sangat rawan terhadap masuknya kuman. Sebaliknya pada orang dewasa kondisi kulit sudah memiliki kematangan sehingga fungsinya sebagai pelindung sudah baik.

b) Jaringan kulit

Perubahan kulit dapat dipengaruhi oleh struktur jaringan kulit, apalagi jaringan kulit rusak maka terjadi perubahan pada struktur kulit.

c) Kondisi atau keadaan lingkungan

Keadaan lingkungan dapat mempengaruhi keadaan kulit secara utuh adalah keadaan panas, adanya nyeri akibat sentuhan atau tekanan.

2) *Personal hygiene* pada kuku dan kaki

Perawatan kaki dan kuku sering sekali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau kaki, dan cedera jaringan lunak. Akan tetapi sering sekali orang tidak sadar akan masalah kaki dan kuku sampai terjadi nyeri atau ketidaknyamanan. Menjaga kebersihan kuku penting dalam mempertahankan *personal hygiene* karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku. Perawatan dapat digabungkan saat mandi atau pada waktu terpisah. Tujuan perawatan kaki dan kuku penting dalam mempertahankan perawatan diri agar pasien memiliki kulit utuh dan permukaan kulit yang lembut, pasien merasa nyaman dan bersih, pasien akan memahami dan melakukan metode perawatan kaki dan kuku dengan benar.

Gangguan pada kuku:

- a) *Ingrown nail*: Kuku tangan yang tidak tumbuh dan dirasakan sakit pada daerah tersebut.
- b) *Paronychia*: Radang di sekitar jaringan kuku.
- c) *Ram's horn nail*: Gangguan kuku yang ditandai dengan pertumbuhan kuku yang lambat disertai dengan kerusakan dasar kuku yang berlebihan.
- d) *Tinea pedis*: Terdapat garutan pada lempengan kuku yang pada akhirnya menyebabkan seluruh kuku menjadi tebal, berubah warna dan rapuh. Penyakit ini

disebabkan oleh infeksi jamur epidermophyton, trichophyton microprodium, dan candida albicans di kaki.

- e) Bauk tidak sedap: Reaksi mikroorganisme yang menyebabkan bau tidak sedap.

### 3) *Personal hygiene* pada rambut

Rambut merupakan bagian tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi dan penghantar suhu. Indikasi perubahan status kesehatan diri juga dapat dilihat dari rambut. Perawatan ini bermanfaat mencegah infeksi daerah kepala titik tujuan membersihkan kepala agar menghilangkan debu dan kotoran yang melekat di rambut dan di kepala.

Fungsi rambut:

- a) Sebagai proteksi dan penghantar (suhu melindungi dari panas).
- b) Keindahan atau mempercantik penampilan.

Gangguan pada rambut:

- (1) Ketombe yaitu pelepasan kulit kepala yang disertai rasa gatal.
- (2) Kutu (*pediculosis capitis*) yaitu kutu ini menghisap darah dan menyebabkan rasa gatal.
- (3) Seborheic dermatitis yaitu merupakan radang pada kulit kepala yang ditumbuhi rambut.
- (4) Alopecia (kehilangan rambut) dapat disebabkan oleh penggunaan alat pelurus atau pengeriting rambut, pengikat rambut yang terlalu kuat dan pemakaian produk perawatan rambut yang tidak cocok.

### 4) *Personal hygiene* gigi dan mulut

Gigi dan mulut merupakan bagian pertama dari sistem pencernaan dan merupakan bagian sistem tambahan dari sistem pernapasan titik dalam rongga mulut terdapat gigi dan lidah yang berperan penting dalam proses pencernaan awal. Selain

gigi dan lidah, pada bulan saliva yang penting untuk membersihkan mulut secara mekanis mulut merupakan rongga yang tidak bersih dan penuh dengan bakteri, karena harus selalu dibersihkan. Adapun salah satu tujuan perawatan gigi dan mulut adalah untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui mulut.

Gangguan pada gigi dan mulut:

- a) Halitosis yaitu napas yang tidak sedap, biasanya dikarenakan oleh kuman atau hal lain.
- b) Peridontal disease yaitu gigi yang mengalami pendarahan dan membengkak.
- c) Glositis adalah radang yang terjadi pada lidah.
- d) Kilitosis adalah bibir yang pecah-pecah, hal ini dapat terjadi karena hipersalivasi, nafsu mulut dan defisiensi riboflavin.

5) *Personal hygiene* pada genetalia

Perawatan diri pada genetalia adalah untuk mencegah infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan kebersihan diri (Potter dan Perry, 2000 dalam buku Mubarak, 2015). Perawatan genetalia perempuan pada eksternal yang terdiri atas mons veneris labia mayora labia minora, klitoris, uretra, vagina, perineum, dan anus. Sedangkan pada laki-laki pada daerah ujung penis untuk mencegah penumpukan sisa urine.

Tujuan:

- a) Mencegah dan mengontrol infeksi.
- b) Mempertahankan kebersihan genetalia.
- c) Meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan *personal hygiene*.
- d) Mencegah kerusakan kulit.

#### 4. Tujuan Perawatan *Personal Hygiene*

Tujuan *personal hygiene* adalah untuk memelihara kebersihan diri menciptakan keindahan serta meningkatkan derajat kesehatan individu sehingga dapat mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri maupun orang lain sementara secara khusus tujuan perawatan *personal hygiene* adalah:

- 1) Menghilangkan bau badan yang berlebihan
- 2) Memelihara integritas permukaan kulit
- 3) Menghilangkan keringat, sel-sel kulit yang mati dan bakteri
- 4) Menciptakan keindahan
- 5) Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

#### 5. Faktor Yang Mempengaruhi *Personal Hygiene*

Menurut Mubarak, *et al* (2015) sikap seseorang melakukan *personal hygiene* dipengaruhi sejumlah faktor antara lain:

##### a. Citra tubuh

Citra tubuh merupakan subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya, citra tubuh ini dapat sering berubah, citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan *hygiene*. Jika seseorang rapi sekali maka perawat mempertimbangkan rincian kerapian ketika merencanakan keperawatan dan berkonsultasi pada klien sebelum membuat keputusan tentang bagaimana memberikan perawatan *hygiene*. Oleh karena citra tubuh klien dapat berubah akibat pembedahan atau penyakit fisik maka perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk meningkatkan *hygiene*.

##### b. Praktik sosial

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang klien berhubungan dapat mempengaruhi praktik *hygiene* pribadi. Selama masa kanak-kanak, kanak-kanak mendapatkan praktik *hygiene* dari orang tua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang di rumah, dan ketersediaan air panas dan air mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan kebersihan.

c. Status sosial ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. Perawat harus menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial.

d. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya *hygiene* dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik *hygiene*. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Kalian juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri. Seringkali, pembelajaran tentang penyakit atau kondisi mendorong klien untuk meningkatkan *hygiene*. Pembelajaran praktik tertentu yang diharapkan dan menguntungkan dalam mengurangi risiko kesehatan dapat memotivasi seseorang untuk memenuhi perawatan yang perlu.

e. Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan klien dan nilai pribadi mempengaruhi perawatan *hygiene*, orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktik kepeerawatan diri yang berbeda pula. Di Asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan, di Negara-negara Eropa bagaimanapun hal ini biasa untuk mandi secara penuh hanya sekali dalam seminggu.

f. Pilihan pribadi

Setiap kalian memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bersyukur, dan melakukan perawatan rambut. Klien memilih produk yang berbeda (misalnya sabun, sampo, deodorant dan pasta gigi) menurut pilihan pribadi.

g. Kondisi fisik

Orang yang menderita penyakit tertentu misal kanker tahap lanjut atau menjalani operasi seringkali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan *hygiene* pribadi.

**6. Dampak yang sering timbul pada masalah *personal hygiene***

a. 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 membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, dan gangguan interaksi sosial.

**7. Penatalaksanaan**

Menurut Mubarak, *et al* (2015) terdapat beberapa penatalaksanaan *personal hygiene*, yaitu:

a. *Personal hygiene* pada kulit

Cara merawat kulit sebagai berikut:

- 1) Mandi minimal dua kali sehari/setelah beraktifitas.
- 2) Gunakan sabun yang tidak bersifat iritatif.
- 3) Jangan gunakan sabun mandi untuk wajah.
- 4) Menyabuni seluruh tubuh terutama daerah lipatan kulit, misalnya sela-sela jari, ketiak dan belakang telinga.
- 5) Mengeringkan tubuh dengan handuk yang lembut dari wajah, tangan, badan, hingga kaki.

b. *Personal hygiene* pada kuku

Cara merawat kuku:

- 1) Kuku jari tangan dapat dipotong dengan pengikir atau memotong dalam bentuk oval (bujur) atau mengikuti bentuk jari.
- 2) Jangan memotong kuku terlalu pendek karena bias melukai selaput kulit dan kulit disekitar kuku.
- 3) Jangan membersihkan kotoran di balik kuku dengan benda tajam, sebab akan merusak jaringan dibawah kuku.
- 4) Potong kuku seminggu sekali atau sesuai kebutuhan.
- 5) Khusus untuk jari kaki sebaiknya kuku dipotong segera setelah mandi atau direndam dengan air hangat terlebih dahulu.
- 6) Jangan mengikuti kuku karena akan merusak bagian kuku.

c. *Personal hygiene* pada rambut

Cara merawat rambut:

- 1) Cuci rambut 1-2 kali seminggu (sesuai kebutuhan) dengan memakai sampo yang cocok.
- 2) Pangkas rambut agar terlihat rapih
- 3) Gunakan sisir yang bergigi besar untuk merapikan rambut keriting dan olesi rambut dengan minyak.
- 4) Jangan gunakan sisir yang bergigi tajam karena bisa melukai kulit kepala.
- 5) Pijat-pijat kulit kepala pada saat mencuci rambut untuk merangsang pertumbuhan rambut.
- 6) Pada jenis rambut ikal dan keriting, sisir rambut mulai dari ujung hingga kepangkal dengan pelan dan hati-hati.

d. *Personal hygiene* pada mata

Cara merawat mata:

- 1) Usaplah kotoran mata dari sudut mata bagian dalam kesudut bagian luar.
- 2) Saat mengusap mata gunakanlah kain yang bersih dan lembut.
- 3) Lindungi mata dari masukan debu dan kotoran.

- 4) Bila menggunakan kaca mata, hendaklah selalu dipakai.
- 5) Bila mata sakit cepat periksakan kedokter.

e. *Personal hygiene* pada hidung

Cara merawat hidung:

- 1) Jaga agar lubang hidung tidak kemasukan air atau benda kecil.
- 2) Jangan biarkan benda kecil masuk kedalam hidung.
- 3) Sewaktu mengeluarkan debu dari lubang hidung, hembuskan secara perlahan dengan membiarkan lubang hidung terbuka.
- 4) Jangan mengeluarkan kotoran dari lubang hidung dengan menggunakan jari karena dapat mengiritasi mukosa hidung.

f. *Personal hygiene* gigi dan mulut

Cara merawat gigi dan mulut:

- 1) Tidak makan-makanan yang terlalu manis dan asam.
- 2) Tidak menggunakan gigi atau mengcongkel benda keras.
- 3) Menghindari kecelakaan seperti jatuh yang menyebabkan gigi patah.
- 4) Menyikat gigi sesudah makan dan khususnya sebelum tidur.
- 5) Menyikat gigi dari atas kebawah dan seterusnya.
- 6) Memakai sikat gigi yang berbulu banyak, halus dan kecil.
- 7) Memeriksa gigi secara teratur setiap enam bulan.

g. *Personal hygiene* pada telinga

Cara merawat telinga:

- 1) Bila ada kotoran yang menyumbat telinga keluarkan secara perlahan dengan menggunakan penyedot telinga.
- 2) Bila menggunakan air yang disemprotkan lakukan dengan hati-hati agar tidak terkena air yang berlebihan.
- 3) Alirkan air yang masuk hendaklah diarahkan kesaluran telinga dan bukan langsung kegendang telinga.
- 4) Jangan menggunakan alat yang tajam untuk membersihkan telinga karena dapat merukak gendang telinga.

h. *Personal hygiene* pada genetalia

Cara merawat genetalia:

- 1) Wanita: perawatan perineum dan area genetalia eksterna dilakukan pada saat mandi 2x sehari.
- 2) Pria: perawatan dilakukan 2x sehari pada saat mandi. Pada pria terutama yang belum di sirkumsisi karena adanya kulup pada penis yang menyebabkan urine mudah terkumpul disekitar gland penis yang lama kelamaan dapat menyebabkan timbulnya berbagai penyakit seperti kanker penis.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Salah satu bagian yang terpenting dari asuhan keperawatan ialah dokumentasi. Dokumentasi merupakan tanggung jawab dan tugas perawat setelah melakukan intervensi keperawatan. Tetapi akhir-akhir ini tanggung jawab perawat terhadap dokumentasi sudah berubah. Oleh karena perubahan tersebut, maka perawat perlu menyusun suatu dokumentasi yang efisien dan lebih bermakna dalam pencatatannya dan penyimpanannya (Nursalam, 2009).

### **2. Langkah-Langkah Asuhan Keperawatan**

Tahapan-tahapan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan (implementasi), dan evaluasi keperawatan.

a. Pengkajian Data

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. (Nursalam, 2009). Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (pasien). Oleh karena itu, pengkajian yang benar, akurat, lengkap dan sesuai dengan kenyataan sangat penting sebagai data untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu yang sesuai dengan standar praktik yang telah ditentukan oleh *American Nurse Association (ANA)*.

Pada pengkajian terdapat dua tipe data, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terdapat suatu situasi dan kejadian. (*lyer et al* dalam Nursalam 2009). Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau wawancara dengan pasien. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya. Sedangkan, data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh perawat (*lyer et al* dalam Nursalam 2009). Data ini diperoleh melalui kepekaan perawat (*senses*) selama melakukan pemeriksaan fisik melalui 2S (*sight, smell*) dan HT (*hearing, touch/taste*). Yang termasuk data objektif adalah frekuensi pernapasan, tekanan darah, adanya edema dan berat badan. (Nursalam, 2009)

Pengkajian data ini meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan melalui pemeriksaan diagnostic. Untuk memudahkan dalam pengkajian sebaiknya dilakukan secara berurutan, terutama pada pemeriksaan fisik yang dimulai dari mata, hidung, mulut dan bibir, vena leher, kulit, jari dan kuku, serta dada dan thoraks. (Andarmoyo, 2012).

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, membatasi, mencegah dan mengubah (carpenito dalam Nursalam 2009).

Mendefinisikan bahwa diagnosa keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu dan mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan. Kewenangan tersebut dapat diterapkan berdasarkan standar praktik keperawatan dan kode etik perawat yang berlaku di Indonesia (Gordon dalam Nursalam 2009).

c. Perencanaan keperawatan

Tahap perencanaan memberikan kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan ini merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan.

Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang member arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal. (Asmadi, 2008).

d. Pelaksanaan keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana

keperawatan. Dengan rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien (Potter & Perry, 2010).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antar hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

- 1) Melihat dan menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan.
- 2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.
- 3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. (Asmadi, 2008).

## C. Konsep Asuhan Keperawatan *Personal Hygiene*

### 1. Pengkajian

Menurut Mubarak, *et al* (2015) pengkajian merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang bertujuan untuk pengumpulan data atau informasi analisis data dan penentuan permasalahan atau diagnosis keperawatan. Manfaat pengkajian keperawatan adalah membantu mengidentifikasi status kesehatan, pola pertahanan pasien, kekuatan serta merumuskan diagnosa keperawatan yang terdiri dari tiga tahap pengumpulan serta menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan.

a. Riwayat keperawatan

Tanyakan tentang pola kebersihan individu sehari-hari, sarana dan prasarana yang dimiliki, serta faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* individu baik faktor pendukung maupun faktor pencetus.

b. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik, kaji *hygiene personal* individu, mulai dari ekstremitas atas sampai bawah.

- 1) Rambut, amati kondisi rambut (warna, tekstur, kualitas), apakah tampak kusam? Apakah ditemukan kerontokan?
- 2) Kepala, amati dengan seksama kebersihan kulit kepala, perhatikan adanya ketombe, kebotakan, atau tanda-tanda merahan.
- 3) Mata, amati adanya tanda-tanda icterus, konjungtiva pucat, secret pada kelopak mata, kemerahan, atau gatal-gatal pada mata.
- 4) Hidung, amati kondisi kebersihan hidung, kaji adanya sinusitis, perdarahan hidung, tanda-tanda pilek yang tidak kunjung sembuh, tanda-tanda alergi, atau perubahan pada daya penciuman.
- 5) Mulut, amati kondisi mukosa mulut dan kaji kelembapannya, perhatikan adanya lesi, tanda-tanda radang gusi/sariawan, kekeringan, atau pecah-pecah.
- 6) Gigi, amati kondisi dan kebersihan gigi, perhatikan adanya tanda-tanda karang gigi, karies, gigi pecah-pecah, tidak lengkap, atau gigi palsu.
- 7) Telinga, amati kondisi kebersihan telinga, perhatikan adanya serumen atau kotoran pada telinga, lesi, infeksi, atau perubahan daya pendengaran.
- 8) Kulit, amati kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembapan) dan kebersihannya, perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi, atau pruritus.

- 9) Kuku tangan dan kaki, amati bentuk dan kebersihan kuku, perhatikan adanya kelainan luka.
- 10) Genetalia, amati kondisi dan kebersihan genetalia berikut area perineum, perhatikan pola pertumbuhan rambut pubis, pada laki-laki perhatikan kondisi skrotum dan testisnya.
- 11) Hygiene personal secara umum, amati kondisi dan kebersihan kulit secara umum, perhatikan adanya kelainan pada kulit atau bentuk tubuh.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat dan jelas berdasarkan pada hasil pengumpulan data dan evaluasi data yang dilakukan dengan sistematis, praktik, etis, dan professional oleh tenaga keperawatan. Diagnosa keperawatan menggambarkan respons pasien terhadap masalah kesehatan atau penyakit.

Menurut SDKI, 2017. Diagnosa yang muncul pada kasus personal hygiene yang berkaitan dengan kondisi klinis stroke adalah:

Defisit perawatan diri

- a. Definisi: tidak mampu melakukan atau menyelesaikann aktivitas perawatan diri.
- b. Penyebab atau etiologi
  1. Gangguan musculoskletal
  2. Gangguan neuromuskuler
  3. Kelemahan
  4. Gangguan psikologis atau psikotik
  5. Penurunan motivasi atau minat
- c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif: pasien menolak melakukan perawatan diri.

Objektif: pasien tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian, makan, ketoilet, berhias secara mandiri.

Pasien minat melakukan perawatan diri kurang.

d. Gejala dan tanda minor

Gejala tanda minor baik subjektif maupun objektif tidak tersedia. Menurut (doengoes, 2012) diagnosa yang muncul berkaitan dengan kondisi klinis stroke adalah salah satunya:

a. Kurang perawatan diri (defisit perawatan diri)

Dapat di hubungkan dengan:

- 1) Kelemahan: keterbatasan fisik
- 2) Gangguan serebravaskuler

Kemungkinan di buktikan oleh:

Penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti tidak mampu untuk makan, tidak mampu untuk membersihkan bagian-bagian tubuh tertentu, mengatur suhu air, gangguan kemampuan untuk memakai atau meninggalkan pakaian, kesulitan dalam melakukan defekasi.

Hasil yang diharapkan atau kriteria evaluasi pasien akan:

Mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan diri sendiri. Mampu mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber pribadi atau komunitas yang dapat memberikan bantuan.

Menurut (Judith M, 2016) diagnosa keperawatan umum untuk pasien dengan masalah perawatan *personal hygiene* adalah defisit perawatan diri lebih lanjut, diagnosa tersebut terbagi menjadi empat yaitu:

- a. Defisit perawatan diri: makan
- b. Defisit perawatan diri: mandi atau hygiene
- c. Defisit perawatan diri: berpakaian atau berhias
- d. Defisit perawatan diri: eliminasi

### 3. Rencana Keperawatan *Personal Hygiene*

Rencana asuhan keperawatan untuk pasien dengan gangguan hygiene personal harus meliputi beberapa pertimbangan, yaitu hal-hal yang disukai pasien, kesehatan pasien, serta keterbatasan yang

dimilikinya. Menyusun rencana keperawatan untuk pasien yang membutuhkan *hygiene* mulut termasuk mempertimbangkan pilihan, status emosional, sumber daya ekonomi, dan kemampuan fisik pasien. Selain itu, perawat juga perlu mempertimbangkan waktu yang tepat untuk memberikan asuhan serta fasilitas dan tenaga yang tersedia.

**a. Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene***

Banyak faktor pada pasien yang memerlukan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* karena ketidakmampuan untuk melakukan sendiri karena gangguan saraf, fungsi sistem muscular, hambatan mobilitas, kelemahan dan keletihan oleh penyakit tertentu dan lain-lain. Pemeliharaan *personal hygiene* untuk kenyamanan, keamanan, dan rasa sejahtera pasien, dalam upaya mencegah penyakit dan dalam upaya peningkatan kesehatan. Peran perawat adalah mempertahankan atau membantu pasien dalam memelihara kebersihan kulit seperti mandi, mulut, gigi, kuku, alat kelamin wanita atau laki-laki.

Sebelum melakukan semua tindakan, perawat harus melakukan persiapan termasuk mengkaji ketidakmampuan pasien untuk pemenuhan kebutuhan seperti kelemahan otot, sendi, adanya paralisis, tingkat kesadaran, tingkat kenyamanan, dan kemampuan untuk mengikuti instruksi.

Oleh karena banyak pasien dipulangkan kerumah belum mampu melakukan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* secara mandiri dan masih perlu asuhan berkelanjutan, maka perlu bagi saudara mengajarkan kepada anggota keluarga pasien dengan aman dan tepat sehingga tidak menimbulkan cedera pada pasien.

**4. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah proses pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan pada tahapan rencana.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Menurut buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia

- a. Perawatan diri: kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

**Tabel 1 Evaluasi Keperawatan**

Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan mandi	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5
Kemampuan makan	1	2	3	4	5
Kemampuan ketoilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Minat melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5

### D. Tinjauan Penyakit Stroke

#### 1. Definisi Stroke

Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak (Corwin, 2015). Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang sering diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak sering ini adalah kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun (Smeltzer *et al*, 2015).

- a) Stroke Hemoragik

Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan pembesaran darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan

penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak tertekan sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark, edema, dan mungkin herniasi otak.

b) Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti.

## 2. Etiologi Stroke Non Hemoragik

Penyumbatan arteri yang menyebabkan stroke non hemoragik terbagi dalam dua kategori berdasarkan okulasi aliran darah, yaitu sebagai berikut:

a) Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi akibat okulasi aliran darah, biasanya karena aterosklerosis berat. Sering kali, penderita mengalami satu atau lebih serangan non hemoragik sementara (*transient ischemic attack/TIA*) sebelum stroke trombotik terjadi. TIA biasanya berlangsung kurang dari 24 jam, apabila TIA sering terjadi maka kemungkinan terjadi stroke trombotik biasanya berkembang akan dalam periode 24 jam (Corwin, 2009).

b) Stroke Embolik

Stroke embolik berkembang setelah okulasi arteri oleh embolus yang berbentuk diluar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta (Corwin, 2009).

Faktor risiko utama untuk stroke non hemoragik mirip dengan penyakit arteri carotid, antara lain tekanan darah tinggi, diabetes, aterosklerosis atau penyakit arteri carotid, fibrilasi atrium (Afib), kadar kolesterol LDL tinggi, kelebihan berat badan, perokok, dan berusia diatas 55 tahun (Simons, 1998 dalam buku Susilo, 2019).

### 3. Klasifikasi Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau dipagi hari. Tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder, kesadaran umumnya baik (Muttaqin, 2011).

Stroke iskemik (non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah iskemik. Stroke iskemik dibagi 3 yaitu:

- a. Stroke trombotik: proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan
- b. Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- c. Hipoperfusion sitemik: berkurangnya aliran darah keseluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung (Nuratif, *et al*, 2015).

### 4. Manifestasi Klinik Stroke Non Hemoragik

#### a. Gangguan pada pembuluh darah

- 1) Pada cabang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media):
  - a) Gangguan rasa di daerah muka/wajah sisi atau disertai gangguanrasa di lengan dan tungkai sisi.
  - b) Gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain atau afasia.
  - c) Gangguan gerak atau kelumpuhan (*hemiparase /hemiplegic*).
  - d) Mata selalu melirik kearah satu sisi.
  - e) Kesadaran menurun.
  - f) Tidak mengenal orang.
  - g) Mulut perot.
  - h) Merasa anggota tubuh sisi tidak ada.

- i) Tidak sadar kalau dirinya mengalami kelainan.
- 2) Pada cabang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior):
  - a) Kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan saraf perasa.
  - b) Mengompol.
  - c) Tidak sadar.
  - d) Gangguan mengungkapkan maksud.
  - e) Menirukan omongan orang lain (ekholali).
- 3) Pada cabang menuju otak bagian belakang (arteri cerebri posterior):
  - a) Kebutuhan seluruh lapang pandang 1 sisi atau separuh pada kedua mata bila bilateral disebut cortical blindness.
  - b) Rasa nyeri spontan atau hilangnya rasa nyeri dan rasa getar pada seluruh tubuh.
  - c) Kesulitan memahami barang yang dilihat, namun dapat mengerti jika teraba atau mendengar suaranya.
  - d) Kehilangan kemampuan mengenal warna.

**b. Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris**

- 1) Sumbatan/gangguan pada arteri serebri posterior
  - a) Hemianopsia homonym kontralateral dari sisi lesi.
  - b) Hemiparesis kontralateral.
  - c) Hilangnya rasa sakit, suhu, sensorik proprioseptif (rasa getar).
- 2) Sumbatan/gangguan pada arteri serebri inferior
  - a) Sindrom *Wallenberg* berupa atas ia cerebral pada lengan dan tungkai disisi yang sama, gangguan N.II (oftalmikus) dan reflek kornea hilang pada sisi yang sama.
  - b) Sindrom *Horner* sesisi dengan lesi.
  - c) Disfagia, apabila infark mengenai *nucleus ambiguus ipsilateral*.
  - d) Nistagmus, jika terjadi infark pada nucleus vestibularis.
  - e) *Hemipestesias alternans*.

## 5. Komplikasi

Pasien yang mengalami gejala berat, misalnya immobilisasi dengan hemiplegia berat rentan terhadap komplikasi yang dapat menyebabkan kematian awal yaitu (Ginsberg, 2005).

- a. Pneumonia, septicemia (akibat ulkus dekubitus atau infeksi saluran kemih).
- b. Trombosis vena dalam (*deep vein thrombosis*, DVT) dan emboli paru.
- c. Infark miokard, aritmia jantung, dan gagal jantung.
- d. Ketidakseimbangan cairan.

## 6. Patofisiologi

Stroke iskemik akut merupakan akibat dari okulasi vascular sekunder hingga penyakit trombolitik vascular sekunder hingga penyakit trombemboli.

### a. Inti iskemik dan penumbra

Ovulasi vaskuler akut menghasilkan daerah heterogen iskemia di wilayah vascular yang terkena. Aliran darah lokal terbatas pada aliran sisa di sumber arteri utama di tambah pasokan agunan jika ada. Zona penurunan atau perfusi marginal (aliran darah serebral  $<25$  mL/100g jaringan/menit) disebut penumbra iskemik. Jaringan ini penumbra dapat tetap bertahan selama beberapa jam karena perfusi jaringan marginal.

### b. Kaskade iskemik

Pada tingkat sel neuron iskemik menjadi terdeposisi ketika habis dan sistem transpor ion membrane gagal gangguan metabolisme sel juga merusak pompa membrane natrium-kalium plasma normal, menghasilkan peningkatan intraseluler dalam natrium, yang pada gilirannya meningkatkan kadar air intraseluler. Pembengkakan seluler ini disebut sebagai edema sitotoksik dan terjadi sangat awal pada iskemia serebral.

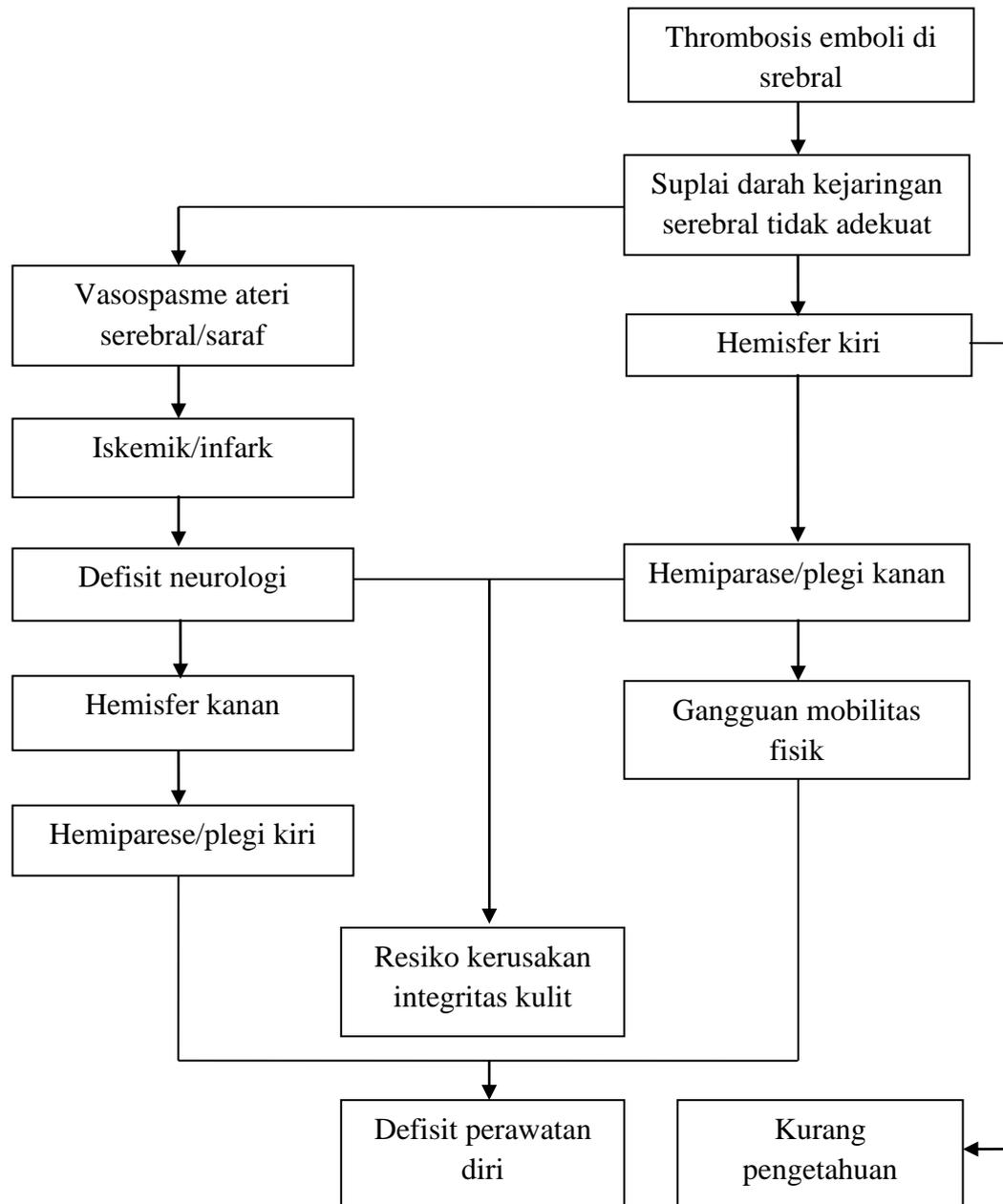
**c. Transformasi hemoragik stroke iskemik**

Transformasi hemoragik merupakan konversi dari infark iskemik ke dalam area pendarahan titik ini diperkirakan terjadi pada 5% dari stroke iskemik tanpa komplikasi, dan tanpa adanya perawatan fibrinolitik. Transformasi hemoragik tidak selalu terkait dengan penurunan neurologis, dengan konversi mulai dari pengembangan perdarahan kecil ke pembentukan hematoma yang menghasilkan penurunan neurologis dan mungkin memerlukan evakuasi bedah atau hemikranuektomi dekompresif.

**d. Edema otak pasca-stroke dan kejang**

Meskipun edema serebral yang secara klinis signifikan dapat terjadi setelah stroke iskemik sirkulasi anterior, dianggap agak jarang 10% sampai 20%. Edema dan herniasi adalah penyebab paling umum kematian dini pada pasien dengan beberapa hari pertama setelah stroke iskemik dan sebagian kecil pasien stroke mengalami gangguan kejang kronis.

## 7. Pathway Stroke Non Hemoragik



**Gambar 1** Pathway Stroke Non Hemoragik

**Sumber:** Nanda (2013), Pradana, Pristan Hendra (2015).

## **E. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Keluarga**

#### **a. Pengertian keluarga**

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

#### **b. Fungsi keluarga**

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai berikut:

##### **1) Fungsi afektif**

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

##### **2) Fungsi sosialisasi**

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai atau norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat.

3) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi, Untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

4) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

5) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah Fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah adanya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional (Padila, 2015).

c. Tahap perkembangan keluarga usia pertengahan

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak.
- 3) Memperkokoh hubungan perkawinan
- 4) Persiapan masa tua/pensiun (Padila, 2015).

d. Tugas kesehatan keluarga

Pendidikan kesehatan merupakan upaya terencana untuk perubahan perilaku masyarakat sesuai dengan norma-norma kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang terjadi, seharusnya didasarkan pengetahuan dan kesadaran.

Pendidikan kesehatan merupakan strategi penting dalam asuhan keperawatan komunitas, karena pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan tertentu dari perawat kepada masyarakat. Pendidikan kesehatan diberikan agar masyarakat menjadi tahu, mau dan mampu dalam menyelesaikan masalah.

Pendidikan kesehatan diperlukan pada lima tingkat pencegahan yaitu pada *health promotion*, dalam upaya peningkatan gizi, perilaku hidup bersih dan sehat, *hygiene* dan perbaikan sanitasi lingkungan. *Specific protection* (pencegahan spesifik), dalam program imunisasi. *Early diagnosis and prompt treatment*, ditujukan pada keluarga yang sulit mendeteksi penyakit yang terjadi di keluarga. *Disability limitation*, ditujukan pada keluarga yang tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang lengkap terhadap penyakitnya. *Rehabilitation*, diperlukan pendidikan kesehatan pada pemulihan cacat dengan latihan atau ditujukan pada masyarakat untuk kembali diterima sebagai anggota keluarga dan masyarakat setelah sembuh dari penyakit.

## 2. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

### a. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Centre Nursing Friedman*, meliputi 7 komponen yaitu :

1) Data Umum

- a) Identitas kepala keluarga : Nama kepala keluarga, umur kepala keluarga, pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, alamat dan nomor telepon.
- b) Komposisi anggota keluarga : Nama, umur, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, pekerjaan, keterangan.
- c) Genogram : Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998).
- d) Tipe keluarga : Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan.

(1) Keluarga Tradisional :

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu: Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang diperoleh dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya. Keluarga besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, pama-bibi) (Setiadi, 2008).

(2) Keluarga Modern

Berkembangnya individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain diatas yaitu : *tradisional nuclear, reconstituted nuclear, middle age/aging couple, dyadic nuclear, single parent, dual carrier, commuter married, single adult, three generation, institutional, communal, group marriage, unmarried parent and child, cohibing couple, gay and lesbian family* (Setiadi, 2008).

- e) Suku bangsa : Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan (Padila, 2018).

- f) Agama : Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Padila, 2018).
  - g) 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. (Padila, 2018).
  - h) 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 (Padila, 2018).
- 2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan pada tahap tumbuh kembang keluarga berfokus pada kriteria keluarga yang ingin diberikan asuhan keperawatan. Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua. Didalam asuhan keperawatan ini pengkajian berfokus terhadap keluarga dengan tahap keluarga lanjut usia, yaitu dengan tugas:

- a) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
  - b) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
  - c) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
  - d) Mempertahankan hubungan perkawinan
  - e) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
  - f) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
  - g) Melakukan life review masa lalu
- 3) Lingkungan
- a) 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 (Padila, 2018).

- b) 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 (Padila, 2018).
  - c) Mobilitas geografis keluarga : Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat (Padila, 2018).
  - d) 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 (Padila, 2018).
- 4) Struktur keluarga
- a) Sistem pendukung keluarga : Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan keluarga mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat (Padila, 2018).
  - b) Pola komunikasi keluarga  
Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.
    - (1) Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas.
    - (2) Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan.
    - (3) Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti

pesan.

- (4) Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga.
  - (5) Pola yang digunakan dalam berkomunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung).
  - (6) Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi keluarga (Padila, 2018).
- c) Struktur kekuatan keluarga : Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku (Padila, 2018).
  - d) Struktur peran : Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal. (Padila, 2018).
  - e) Nilai dan norma keluarga : Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2018).
- 5) Fungsi keluarga
- a) Fungsi afektif : Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai (Padila, 2018).
  - b) Fungsi sosialisasi : Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku (Padila, 2018)
  - c) Fungsi perawatan kesehatan : Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga melaksanakan perawatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan melakukan tindakan, melakukan perawatan

terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dilingkungan setempat (Padila, 2018).

d) Fungsi reproduksi : Hal yang perlu dikaji yaitu berapa jumlah anak, Apakah rencan keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, Metode yang digunakan keluargupaya, dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga (Padila, 2018).

e) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji adalah :

- (1) Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan?
- (2) Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga? (Padila, 2018)

6) Stress dan koping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan panjang

- (1) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.
- (2) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

b) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor.

c) Strategi koping yang digunakan : Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah/stressor.

d) Strategi adaptasi disfungsional : Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/ stress (Padila, 2018).

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik. (Padila, 2018)

8) Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada (Padila, 2018).

**b. Analisa data**

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnose keperawatan. Diagnose keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

1) Diagnosis sehat/*wellness*

Diagnosa sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen *problem* (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

2) Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari *problem* (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

3) Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/ masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/ gangguan, terdiri dari *problem* (P), etiologi (E) dan *symptom/ sign* (S).

Perumusan *problem* (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga.

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel dibawah :

**Tabel 2 Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga**

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah : a. Tidak/kurang sehat b. Ancaman Kesehatan c. Kritis	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Dengan Mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi Masalah untuk diubah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah a. Masalah berat harus ditangani b. Masalah yang tidak perlu segera ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber : (Achjar, 2010).

Skoring :

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
- c) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
- d) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot.

Diagnosa yang mungkin muncul : Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

### c. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. 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 diukur, A= *achievable*/dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/punya limit waktu) (Padila, 2015).

#### **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. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan kesehatan.
- 4) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat.
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara: Memebantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Achar, 2010).

#### **e. 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 dijelaskan oleh perawat .

O : Keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan perawat.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahapan evaluasi (Padila, 2015).