

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA  
PADA TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA DENGAN  
ANAK USIA SEKOLAH**



**KARYA TULIS ILMIAH**

**DISUSUN OLEH:**

**SEPTIANA IKA WULANDARI**

**P18165**

**PROGAM STUDI KEPERAWATAN PROGAM DIPOLMA TIGA  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS KUSUMA HUSADA SURAKARTA  
TAHUN 2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA  
PADA TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA DENGAN  
ANAK USIA SEKOLAH**



Karya Tulis Ilmiah  
Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan  
Dalam Menyelesaikan Program Diploma Tiga Keperawatan

**DISUSUN OLEH:**

**SEPTIANA IKA WULANDARI**

**P18165**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS KUSUMA HUSADA SURAKARTA  
TAHUN 2021**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN KTI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Septiana Ika Wulandari  
NIM : P18165  
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga  
Judul Karya Tulis Ilmiah : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA  
PADA TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA  
ANAK USIA SEKOLAH

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri bukan merupakan pengambilalihan tulisan orang lain yang saya akui sebagai milik saya.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Surakarta,

Yang Membuat Pernyataan



SEPTIANA IKA WULANDARI

NIM. P18165

## **MOTTO**

**“ Dalam setiap kegagalan, kekuatan mental kita yang tengah diuji. Sebaliknya, dalam kesuksesan, kerendahan hati kitalah yang tengah diuji.”**

**“Kesuksesan menuntut kesediaan untuk tetap merangkak naik saat lebih mudah turun. Untuk terus melanjutkan perjuangan, saat rasanya lelah ingin berhenti dan menyerah.”**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TAHAP**  
**PERKEMBANGAN ANAK USIA SEKOLAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar  
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Oleh:

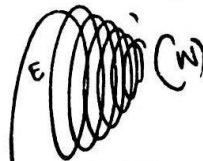
**Septiana Ika Wulandari**

**NIM. P18165**

Surakarta, 8 Mei 2021

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of overlapping loops and curves, ending in a stylized 'W' inside a circle.

**Erlina Windyastuti, S.Kep., Ns. M.Kep.**

**NIK. 201187065**

## LEMBAR PENETAPAN DEWAN PENGUJI

Telah di uji pada tanggal :

21 Mei 2021

Dewan Penguji:

Ketua Dewan Penguji :

Nurul Devi Andriani, S.Kep.,Ns.M.Kep


NIK. 201186080

(  )

Anggota Dewan Penguji :

Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns.M.Kep

NIK. 201187065

(  )

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Septiana Ika Wulandari  
NIM : P18165  
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga  
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA  
TAHAP PERKEMBANGAN ANAK USIA  
SEKOLAH

Telah diujikan dan dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah

Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Kusuma Husada Surakarta

Ditetapkan di : Universitas Kusuma Husada Surakarta

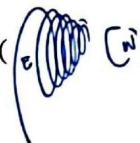
Hari/Tanggal : Jum'at, 21 Mei 2021

## DEWAN PENGUJI

Ketua Dewan Penguji : Nurul Devi Ardiani, S.Kep.,Ns.M.Kep  
NIK. 201186080

()

Anggota Dewan Penguji : Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns.M.Kep  
NIK. 201187065

()

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Kusuma Husada Surakarta

Atiek Murharyati, S.Kep, Ns., M.Kep.

NIK. 200680021

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa karena Berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA DENGAN ANAK USIA SEKOLAH”.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Setiyawan, S.Kep., Ns.,M.Kep, selaku Rektor Universitas Kusuma Husada Surakarta yang telah memberikan kesempatan untuk dapat menimba ilmu di Universitas Kusuma Husada Surakarta
2. Atiek Murhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta yang telah memberikan kesempatan untuk dapat menimba ilmu di Universitas Kusuma Husada Surakarta.
3. Erlina Windyastuti, S.Kep., Ns. M.Kep. selaku Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Universitas Kusuma Husada Surakarta, dan selaku dosen pembimbing sekaligus sebagai penguji yang telah membimbing dengan cermat, memberikan masukan-masukan, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya studi kasus ini.



4. Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns.,M.PH, selaku Sekretaris Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta yang telah memberikan kesempatan untuk dapat menimba ilmu di Universitas Kusuma Husada Surakarta.
5. Nurul Devi Ardiani, S.Kep., Ns. M.Kep. selaku dosen penguji yang telah membimbing dengan cermat, memberikan masukan-masukan, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya studi kasus ini.
6. Semua dosen Universitas Kusuma Husada Surakarta yang telah membagikan ilmu dan wawasan yang bermanfaat dengan sabar.
7. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan dan motivasi untuk terus bersemangat menyelesaikan pendidikan.
8. Seseorang yang saya sayang dan teman-teman saya yang tidak bisa disebutkan satu persatu, yang telah membantu dan memberi dukungan untuk menyelesaikan pendidikan.
9. Puskesmas Gondangrejo Karanganyar dan Keluarga yang telah membantu dan memberi arahan untuk saya dalam pengambilan kasus di desa Pilangrejo.

Semoga laporan hasil studi kasus ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan kesehatan. Aamiin.

Surakarta, 28 April 2021



Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL.....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENETAPAN DEWAN PENGUJI.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	5
1.3 Tujuan.....	5
1.4 Manfaat.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Tinjauan Teori.....	8
2.1.1 Definisi Keluarga.....	8
2.1.2 Tipe Keluarga.....	8
2.1.3 Tujuan Keluarga.....	10
2.1.4 Fungsi Keluarga.....	10
2.1.5 Tahap Perkembangan Keluarga.....	11
2.1.6 Perkembangan Anak Usia Sekolah.....	13
2.2 Asuhan Keperawatan Kelurga.....	17
2.2.1 Pengkajian.....	17
2.2.2 Dagnosis Keperawatan.....	19
2.2.3 Penetapan Prioritas Masalah.....	20

2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	22
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	29
2.2.6 Evaluasi Keperawatan Keluarga.....	29
2.3 PHB Cuci Tangan.....	30
2.3.1 Konsep Cuci Tangan.....	31
2.3.2 Tujuan Mencuci Tangan.....	31
2.3.3 Indikasi Mencuci Tangan.....	32
2.3.4 Cara Cuci Tangan.....	33
2.3.5 Media Audio Visual.....	34

### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1 Rancangan Studi Kasus.....	38
3.2 Subjek Studi Kasus.....	38
3.3 Fokus Studi.....	39
3.4 Definisi Operasional.....	39
3.5 Tempat Dan Waktu Penelitian.....	39
3.6 Pengumpulan Data.....	40
3.7 Penyajian data .....	41
3.8 Etika Studi Kasus.....	41

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil Penelitian.....	43
4.2 Pembahasan.....	54

### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan.....	65
5.2 Saran.....	69

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skoring Diagnosis.....	21
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan Keluarga.....	23
Tabel 4.1 Hasil Observasi Perilaku Mencuci Tangan “Sebelum dilakukan metode pemutaran video”.....	45
Tabel 4.2 Skoring Diagnosis Keperawatan Defisit Pengetahuan.....	52
Tabel 4.3 Skoring Diagnosis Keperawatan Manajemen Kesehatan Tidak Efektif.....	61
Tabel 4.4 Hasil Observasi Perilaku Mencuci Tangan “Setelah dilakukan metode pemutaran video”.....	61

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	36
Skema 2.2 Kerangka Konsep.....	37

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jurnal Penelitian
- Lampiran 2. SAP Cuci Tangan 6 Langkah
- Lampiran 3. Lembar konsul
- Lampiran 4. Lembar Observasi
- Lampiran 5. Lembar *informed consent*
- Lampiran 6. Daftar riwayat hidup
- Lampiran 7. Asuhan Keperawatan
- Lampiran 8. Dokumentasi Foto

**Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta  
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TAHAP  
PERKEMBANGAN KELUARGA DENGAN ANAK USIA SEKOLAH**

**Septiana Ika Wulandari<sup>1</sup>, Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep,<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta

Email : [septianaikawulandari49@gmail.com](mailto:septianaikawulandari49@gmail.com)

<sup>2</sup>Dosen Keperawatan Universitas Kusuma Husada Surakarta

**ABSTRAK**

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan serta kesehatan masyarakat. Kesadaran masyarakat Indonesia untuk cuci tangan pakai sabun (CTPS) terbukti masih rendah, hal ini terlihat Hasil Riskesdas tahun 2013, pada proporsi penduduk umur >10 tahun yang berperilaku cuci tangan dengan benar tercatat 47,0%. Tujuan penelitian ini untuk memberikan gambaran Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga dengan Anak Usia Sekolah dan memberikan pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan dengan sabun terhadap pengetahuan pada keluarga dengan anak usia sekolah.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian pre eksperimental dengan rancangan pre-test dan post-test. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video terhadap pengetahuan keluarga dengan anak usia sekolah tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan media video efektif untuk meningkatkan pengetahuan keluarga terhadap tahap perkembangan keluarga usia anak sekolah.

**Kata Kunci :** PHBS, Video, Tahap Perkembangan Keluarga dengan Anak Usia Sekolah

**Referensi :** 24 (2010 - 2020)

**Nursing Study Program of Diploma Three Programs  
Faculty of Health Sciences  
University of Kusuma Husada Surakarta  
2021**

**FAMILY NURSING CARE AT THE DEVELOPMENT STAGE OF  
SCHOOL AGE CHILDREN**

**Septiana Ika Wulandari<sup>1</sup>, Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep,<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Student of Nursing Study Program of Diploma Three Programs,  
Faculty of Health Sciences, University of Kusuma Husada Surakarta

**Email: [septianaikawulandari49@gmail.com](mailto:septianaikawulandari49@gmail.com)**

<sup>2</sup>Nursing Lecturer at University of Kusuma Husada Surakarta

**ABSTRACT**

Clean and Healthy Living Behavior is all health management due to personal awareness. Therefore, all family members could assist themselves in the field of health and public health. Indonesian people have low awareness of handwashing with soap. Riskesdas (2013) stated that the proportion of people aged >10 years who wash their hands properly is 47.0%. This study aimed to define family nursing care and provide health education with video playback methods about clean and healthy living behavior of handwashing with soap on the family knowledge with school-age children.

The study used a pre-experimental research with pre-test and post-test designs. The results showed an effect of health education with the video playback method on the family knowledge with school-age children about clean and healthy living behavior of handwashing. Health education with video media is effective for increasing family knowledge at the development stage of school-age children.

**Keywords** : Clean and Healthy Living Behavior, Family at development stage of school-aged children.

**Bibliography** : 24 (2010 – 2020).



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan oleh istilah kerabat, individu bersatu. Jalin hubungan pernikahan dengan menjadi orang tua. Keanggotaan yang luas keluarga adalah yang memiliki hubungan pribadi dan timbale balik kembali memenuhi kewajiban dan memberikan dukungan. Disebabkan oleh kelahiran, adopsi atau pernikahan (Stuart, 2014). Keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat (Helvie dalam Harnilawati, 2013).

Keluarga memiliki 8 tahapan perkembangan, yaitu keluarga baru (keluarga sedang), keluarga dengan anak pertama <30 bulan (anak lahir), keluarga dengan anak prasekolah (3-5 tahun), dan keluarga dengan anak usia sekolah ( 6-12 tahun), keluarga dengan anak di bawah umur (13-20 tahun), keluarga dengan anak dewasa (anak pertama meninggalkan rumah), keluarga paruh baya (keluarga paruh baya). Menurut Harmoko (2012), anak usia sekolah adalah 6 tahun. Usia di sekolah mengacu pada jumlah anak yang telah memperoleh dasar pengetahuan agar berhasil beradaptasi dengan kehidupan orang dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan

seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan serta memiliki peran aktif dalam aktivitas masyarakat (Kemenkes, 2016). Berbagai macam program telah dilakukan pemerintah untuk meningkatkan derajat Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan serta kesehatan masyarakat. Salah satu program yang dicanangkan pemerintah adalah program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

Cuci tangan pakai sabun (CTPS) merupakan salah satu indikator output dari strategi nasional STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat), yaitu setiap rumah tangga dan sarana pelayanan umum dalam suatu komunitas (seperti sekolah, kantor, rumah makan, puskesmas, pasar, terminal) tersedia fasilitas cuci tangan (air, sabun, sarana cuci tangan), sehingga semua orang mencuci tangan dengan benar (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Kesadaran masyarakat Indonesia untuk cuci tangan pakai sabun (CTPS) terbukti masih rendah, hal ini terlihat Hasil Riskesdas tahun 2013, pada proporsi penduduk umur >10 tahun yang berperilaku cuci tangan dengan benar tercatat 47,0%.

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu cara paling efektif untuk mencegah penyakit diare hal ini didukung hasil penelitian (Rosidi, Handarsari, & Mahmudah, 2010) dan (Rompas, Tuda, & Ponidjan, 2013) menyimpulkan bahwa ada hubungan kebiasaan cuci tangan dengan kejadian diare.

Penelitian yang dilakukan Windyastuti, Rohana, Santo (2013) mengungkapkan ada hubungan perilaku cuci tangan pakai sabun dengan kejadian diare pada anak usia sekolah, hal yang sama juga ditemukan (Utomo, Alfiyanti, & Nurahman, 2013) dalam penelitiannya mendapatkan ada hubungan antara perilaku cuci tangan pakai sabun (CTPS) dengan kejadian diare anak usia sekolah.

Diare merupakan salah satu penyakit infeksi yang menyebabkan kematian pada bayi dan anak balita (Kemenkes RI, 2015). Diare adalah buang air besar sebanyak tiga kali atau lebih dalam satu hari dengan konsistensi cair (Brandt, et al, 2015). Diare saat ini masih menjadi masalah yang sulit untuk ditanggulangi. Di Indonesia menurut Kemenkes RI 2018, penyakit diare merupakan penyakit endemis dan juga merupakan penyakit yang berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB) disertai dengan kematian. Menurut Brandt et al (2015), penyebab diare yaitu faktor infeksi (Bakteri, virus, parasit), gangguan penyerapan makanan dan minuman di usus seperti penyerapan karbohidrat, lemak dan protein, faktor makanan seperti makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan, faktor psikologis seperti cemas, takut dan terkejut.

Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia *atau World Health Organization* (WHO) setiap tahun 100.000 anak Indonesia meninggal akibat diare, sementara data Departemen Kesehatan menunjukkan diantara 1000 penduduk terdapat 300 orang yang terjangkit penyakit diare sepanjang tahun (Depkes RI, 2011). Cakupan penemuan diare di Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 sebesar 95.635 atau sekitar 10,5% (Kemenkes, 2017) lebih rendah di

banding tahun 2013 dengan 57,9%. Jumlah kasus diare di kabupaten Karanganyar tahun 2013 yang ditemukan sebanyak 33,3% naik dibandingkan tahun 2018 yang ditemukan. Pengetahuan yang kurang menjadi salah satu faktor resiko terjadinya diare, dimana anak usia sekolah yang memiliki tingkat pengetahuan kurang akan beresiko mengalami diare 2 kali lebih besar dibandingkan anak yang memiliki pengetahuan yang lebih baik (Arsurya, 2017).

Promosi kesehatan di lingkungan sekolah sangat efektif karena anak sekolah merupakan sasaran yang mudah dijangkau sebab terorganisasi dengan baik serta merupakan kelompok umur yang peka dan mudah menerima perubahan. Sedangkan menggunakan pemutaran video adalah teknologi untuk menangkap, merekam, memproses, mentransmisikan dan menata ulang gambar bergerak. Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan pengetahuan juga merupakan domain yang sangat penting untuk mempengaruhi perilaku seseorang, sehingga semakin tinggi atau semakin banyak pengetahuan yang didapat seseorang maka semakin baik perilaku yang ditunjukkan oleh orang tersebut, maka sikap yang ditunjukkan adalah sikap yang positif. Begitu juga dengan pengetahuan seorang anak semakin baik pengetahuannya maka semakin baik pula perilaku yang dimilikinya khususnya yang berkaitan dengan PHBS (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan latar belakang yang terpapar di atas penulis tertarik untuk melakukan penyusunan kasus keperawatan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah

dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan kasus yang didapatkan pada tahap perkembangan anak usia sekolah dengan pemberian pendidikan hidup bersih dan sehat dengan menggunakan media video untuk edukasi kepada anak usia sekolah. Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah?”.

## **1.3 Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan gambaran Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada Asuhan keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah.
- b. Menegakkan diagnosis pada Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah.

- d. Melakukan tindakan keperawatan pada Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan keluarga pada Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Dengan disusunnya karya tulis ilmiah ini diharapkan pengetahuan dan wawasan mengenai asuhan keperawatan pada tahap perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah dengan pemberian pendidikan hidup bersih dan sehat atau PHBS.

### **1.4.2. Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Penulisan**

Studi kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai sarana ilmu yang diperoleh dari perkuliahan dan pengalaman nyata sebagai tambahan referensi dalam asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah.

#### **2. Bagi Peneliti Lain**

Diharapkan digunakan sebagai bahan bacaan dan menambah referensi bagi peneliti lain serta diharapkan dapat dijadikan dasar untuk penelitian selanjutnya.

### 3. Bagi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan digunakan sebagai tambahan informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai bahan kepustakaan.

### 4. Bagi Klien

Diharapkan dapat membantu klien dalam memperoleh informasi mengenai cara mencuci tangan 6 langkah dengan benar menggunakan sabun.

### 5. Bagi Instansi Puskesmas Gondangrejo

Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan program pelayanan keperawatan khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah.

### 6. Bagi Perawat

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk profesi perawat dalam memberikan edukasi dan pengenalan kepada masyarakat mengenai pentingnya kebersihan mencuci tangan dengan sabun dan menggunakan media video

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Tinjauan Teori**

##### **2.1.1 Definisi Keluarga**

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik, sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka seyogyanya dimulai dari keluarga (Harnilawati, 2013). Menurut Aziz (2015) Keluarga adalah suatu kelompok sosial yang ditandai oleh tempat tinggal bersama, kerjasama ekonomi, dan reproduksi yang dipersatukan oleh pertalian perkawinan atau adopsi yang disetujui secara sosial, yang saling berinteraksi sesuai dengan peranan-peranan sosial.

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat yang saling memiliki keterkaitan dan disatukan oleh kebersamaan.

##### **2.1.2. Tipe-tipe Keluarga**

Tipe keluarga dibedakan menjadi dua jenis yaitu :

1. Tipe keluarga tradisional
  - a. *Nuclear family* atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak.
  - b. *Dyad family* merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri



- c. namun tidak memiliki anak
  - d. *Single parent* yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat perceraian atau kematian.
  - e. *Single adult* adalah kondisi dimana dalam rumah tangga hanya terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah
  - f. *Extended family* merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya
  - g. *Middle-aged or elderly couple* dimana orang tua tinggal sendiri dirumah dikarenakan anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.
  - h. *Kit-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersamaan dan menggunakan pelayanan bersama.
2. Tipe keluarga non tradisional
- a. *Unmarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tanpa adanya ikatan pernikahan.
  - b. *Cohabiting couple* merupakan orang dewasa yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan perkawinan.
  - c. *Gay and lesbian family* merupakan seorang yang memiliki persamaan jenis kelamin tinggal satu rumah layaknya suami-istri
  - d. *Nonmarital Hetesexual Cohabiting family*, keluarga yang hidup Bersama tanpa adanya pernikahan dan sering berganti pasangan

- e. *Faster family*, keluarga menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara (Widagdo, 2016).

### **2.1.3. Tujuan Keluarga**

Bergabungnya lebih dari dua orang yang membentuk keluarga, mempunyai suatu tujuan. Menurut Friedman (2010) tujuan utama dari keluarga adalah sebagai perantara yaitu yang menanggung semua harapan dan kewajiban-kewajiban masyarakat serta membentuk dan mengubah sampai kualitas tertentu hingga dapat memenuhi kebutuhan dan kepentingan setiap individu dalam keluarga.

### **2.1.4. Fungsi Keluarga**

Ada lima fungsi keluarga menurut Friedman (2010):

#### **1. Fungsi afektif.**

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun untuk berkelanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Peran utama orang dewasa dalam keluarga adalah fungsi afektif, fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarganya.

#### **2. Fungsi sosialisasi dan status sosial**

Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditunjuk untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang

dewasa seperti peran yang di pikul suami-ayah dan istri-ibu. Status sosial atau pemberian status adalah aspek lain dari fungsi sosialisasi. Pemberian status kepada anak berarti mewariskan tradisi, nilai dan hak keluarga, walaupun tradisi saat ini tidak menunjukkan pola sebagian besar orang dewasa Amerika.

### 3. Fungsi reproduksi

Untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat.

### 4. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan terhadap kesehatan dan perlindungan terhadap terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relafan bagi perawat keluarga.

### 5. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup financial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

#### **2.1.5. Tahap Perkembangan Keluarga**

Perkembangan keluarga yaitu model kerangka kerja yang memperkenalkan bahwa suatu keluarga berkembang melalui pengalaman dan transisi peran yang dialami selama perkembangan. Prinsip yang digunakan dalam melihat perkembangan keluarga dapat

dilihat melalui tugas perkembangan keluarga. Tugas perkembangan keluarga harus dipenuhi di setiap perkembangan. Dalam sebuah perkembangan ini keluarga sebagai system berkembang ke arah tingkatan fungsi yang lebih tinggi sehingga berdampak terhadap berbagai hal.

Keluarga dituntut untuk dapat memenuhi tugas perkembangan keluarga. Keluarga akan mampu memenuhi tugas perkembangan yang harus diselesaikan dengan pemahaman terhadap tugas perkembangan keluarga. Menurut Carter & McGoldrick (dalam Harnilawati, 2013) membagi keluarga dalam 8 tahap perkembangan.

Tahap keluarga memiliki 8 tahap perkembangan yaitu:

1. Tahap Keluarga Baru (*beginning family*), terdiri dari sepasang suami, istri.
2. Tahap Keluarga Anak Pertama (*child bearing family*), terdiri dari ayah, ibu, anak baru lahir.
3. Tahap Keluarga Anak Prasekolah (*families with preschoolers*), terdiri dari ayah, ibu, dan anak prasekolah usia 3-5 tahun.
4. Tahap Keluarga Anak Usia Sekolah (*families with children*), terdiri dari ayah, ibu, dan anak usia sekolah usia 6-12 tahun.
5. Tahap Keluarga dengan Anak Remaja (*families with teenagers*), anak yang berusia mulai dari 13 tahun hingga 19-20 tahun.
6. Tahap Keluarga dengan Anak Dewasa (*launching center families*), anak pertama meninggalkan rumah.

7. Tahap Keluarga Usia Pertengahan (*middle age families*), pada tahap perkembangan keluarga memasuki masa akhir ketika anak terakhir telah meninggalkan rumah.
8. Tahap Keluarga Usia Lanjut, tahap perkembangan keluarga akan masuk kategori usia lanjut ketika suami istri telah pensiun hingga salah satunya meninggal dunia.

#### **2.1.6. Perkembangan anak usia sekolah**

Tahap anak usia sekolah adalah tahap yang dimulai pada saat anak yang tertua memasuki sekolah pada usia anak 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktifitas disekolah, masing-masing anak memiliki aktifitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang mempunyai aktifitas berbeda dengan anak. Untuk itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini keluarga (orang tua) perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi, baik aktifitas disekolah maupun di luar sekolah.

Kesejahteraan anak merupakan seseorang yang belum mencapai umur 21 tahun dan belum pernah kawin (menikah). Saat ini yang disebut anak bukan lagi yang berumur 21 tahun, tetapi berumur 18 tahun, masa dewasa dini dimulai umur 18 tahun. Meskipun demikian, anak masih di kelompokkan lagi menjadi tiga sesuai dengan kelompok

usia yaitu: Usia 2-5 tahun disebut usia prasekolah, usia 6-12 tahun disebut usia sekolah, dan usia 13-18 tahun disebut usia remaja.

Anak usia sekolah dapat disebut juga sebagai akhir masa kanak-kanak sejak usia 6 tahun atau masuk sekolah dasar kelas satu, ditandai oleh kondisi yang sangat mempengaruhi penyesuaian pribadi dan penyesuaian social anak (Harmoko, 2012).

1. Perkembangan biologis saat umur 12 tahun, pertumbuhan rata-rata 5 cm pertahun untuk tinggi badan dan meningkat 2-3 kg pertahun untuk berat badan. Selama usia tersebut, anak laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan ukuran tersebut. Anak laki-laki cenderung gemuk. Pada usia ini, pembentukan jaringan lemak lebih cepat perkembangannya dari pada otot.
2. Perkembangan psikosisil menurut Freud, perkembangan psikososialnya digolongkan dalam fase *laten*, yaitu ketika anak berada dalam fase *odipus* yang terjadi masa persekolahan dan mencintai seseorang. Dalam tahap ini, anak cenderung membina hubungan yang erat atau akrab dengan teman sebaya, juga banyak bertanya tentang gambar seks yang dilihat dan dieksploitasi berada dalam tahap industri vs inferior. Dalam tahap ini, anak mampu melakukan atau menguasai keterampilan yang bersifat teknologis dan sosial, memiliki keinginan untuk mandiri, dan berupaya, melakukan tugas. Inilah yang merupakan tahap industri.

3. Temperamen sifat temperamental yang dialami sebelumnya merupakan sifat terpenting dalam perilakunya pada masa ini. Pada perilakunya menunjukkan anak mudah bereaksi terhadap situasi yang baru. Pada usia ini, sifat temperamental sering muncul sehingga peran orang tua dan guru besar untuk mengendalikannya.
4. Perkembangan kognitif menurut Piaget, usia ini berada dalam tahap operasional konkret, yaitu anak mengekspresikan apa yang dilakukan dengan verbal dan simbol. Selama periode ini kemampuan anak belajar konseptual mulai meningkat dengan pesat dan memiliki kemampuan belajar dari benda, situasi dan pengalaman yang dijumpainya.
5. Perkembangan moral masa akhir kanak-kanak, perkembangan moral dikategorikan oleh Kohlberg berada dalam tahap konvensional. Pada tahap ini, anak belajar tentang peraturan-peraturan yang berlaku, menerima peraturan, dan merasa bersalah bila tidak sesuai aturan yang diterimanya.
6. Perkembangan spiritual anak usia sekolah mengingatkan segala sesuatunya adalah konkret atau nyata dari pada belajar tentang "God". Mereka mulai tertarik terhadap surga dan neraka sehingga cenderung melakukan atau mematuhi peraturan, karena takut bila masuk neraka.
7. Perkembangan bahasa pada usia ini terjadi penamahan kosakata umum yang berasal dari berbagai pelajar disekolah, bacaan,

pembicaraan, dan media. Kesalahan pengucapan mengalami penurunan karena selama mencari pengalaman anak setelah mendengar pengucapan yang benar sehingga mampu mengucapkan dengan benar.

8. Perkembangan sosial akhir masa kekanak-kanak sering disebut usia berkelompok, yang ditandai dengan adanya minat terhadap aktifitas teman-teman dan meningkatkan keinginan yang kuat untuk diterima sebagai anggota kelompok.
9. Perkembangan Seksual masa ini anak mulai belajar tentang seksualnya dari teman-teman terlebih guru dan pelajaran disekolah. Anak berupaya menyesuaikan penampilan, pakain dan bahkan gerak-gerik sesuai dengan seksnya. Kecenderungan pada usia ini, anak mengembangkan minat dengan dirinya. Disini, peran orang tua sangat penting untuk mempersiapkan anak mempelajari pubertas.
10. Perkembangan konsep diri perkembangan konsep diri sangat dipengaruhi oleh mutu mutu hubungan dengan orang tua, saudara, dan sanak keluarga lain. Saat usia ini anak-anak membutuhkan konsep diri ideal, seperti dalam tokoh-tokoh sejarah, cerita khayal, sandiwara, film, tokoh nasional atau dunia yang dikagumi. Untuk membangun ego ideal yang menurut Van dan Daele berfungsi sebagai standar perilaku umum yang diinternalisasi (Harmoko, 2012).



## 2.2. Asuhan Keperawatan Keluarga

### 2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan salah satu tahapan atau seseorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan sarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat *dinamis, interaktif dan fleksibel*. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat pengkaji. Pengkajian keperawatan keluarga memiliki dua tahap. Pengkajian tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga, pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Dalam pelaksanaan, kedua tahap ini dilakukan secara bersama. Berikut ini mengenai masing-masing tahap pengkajian.

Menurut Riasmini (2017) variabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup:

- a. Data umum/ identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.
- b. Kondisi keluarga kesehatan semua anggota keluarga, semua anggota keluarga terdiri dari nama hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan ini, status gizi, tanda-tanda vital status imunisasi dasar, dan penggunaan alat bantu atau protesa

serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit atau alergi.

- c. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan (saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, diagnosis medis, rujukan dokter atau rumah sakit, keadaan umum, sirkulasi, cairan, perkemihan, pernapasan, muskuloskeletal, neurosensori, kulit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-hari, dan data penunjang medis individu yang sakit (lab, radiologi)
- d. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah.
- e. Struktur keluarga, struktur mencakup struktur peran, nilai (*value*), komunikasi, kekuatan. Komponen struktur keluarga ini akan menjawab pertanyaan tentang siapa anggota keluarga, bagaimana hubungan diantara anggota keluarga.
- f. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga. Variabel perkembangan keluarga ini akan menjawab tahap perkembangan keluarga, tugas perkembangan keluarga.
- g. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif. Aspek instrumental fungsi, keluarga adalah aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, tidur, pemeliharaan kesehatan. Aspek ekspresif fungsi keluarga adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecah masalah, keyakinan dan

lain-lain. Pengkajian variabel fungsi keluarga mencakup kemampuan keluarga dalam melakukan tugas kesehatan keluarga, meliputi kemampuan mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memelihara lingkungan rumah yang sehat dan menggunakan fasilitas/ pelayanan kesehatan masyarakat.

### **2.2.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakan (Riasmini, 2017). Diagnosis keperawatan mengacu pada perumusan PES (*problem, etiologi, dan symptom*) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari SDKI, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan masalah (Padila, 2012).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul:

1. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif (D.0116)
2. Defisit Pengetahuan (D.0111)
3. Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko (D.0003)

### 2.2.3. Penetapan Prioritas Masalah

Prioritas masalah adalah penentuan prioritas urutan urusan masalah dalam merencanakan penyelesaian masalah keperawatan melalui penghitungan skor, skala ini memiliki empat kriteria:

1. Kriteria pertama: sifat masalah dengan skala (skor 3), risiko (skor 2), dan sebagian (skor 1) dengan bobot 1, pembenaran sesuai dengan masalah yang sudah terjadi, akan terjadi atau kearah pencapaian tingkat fungsi yang lebih tinggi.
2. Kriteria kedua: kemungkinan masalah dapat diubah dengan skala mudah (skor 2), sebagian (skor 1), dan tidak dapat (skor 0) dengan bobot 2. Pembenaran ditunjukkan dengan data pengetahuan (pengetahuan klien/ keluarga, teknologi, dan tindakan untuk menangani masalah yang ada), sumber daya keluarga (dalam bentuk fisik, keuangan, dan tenaga), sumber daya perawatan (pengetahuan, keterampilan, dan waktu), dan sumber daya masyarakat (dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokong masyarakat).
3. Kriteria ketiga: potensi masalah untuk dicegah dengan skala skor tinggi (skor 3), cukup (skor 2), dan rendah (skor 1) dengan bobot 1. Pembenaran ditunjang dengan data dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah. Lamanya masalah (waktu masalah itu ada), tindakan yang sedang dijalankan (tindakan yang dapat

memperbaiki masalah), dan adanya kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

4. Kriteria keempat: menonjolnya masalah dengan skala segera (skor 2), tidak perlu segera (skor 1), dan tidak dirasakan (skor 0) dengan bobot.

Pembenaran ditunjang dengan data persepsi keluarga dalam melihat masalah yang ada. Untuk lebih jelasnya skala dalam prioritas dapat dilihat dalam table 2.1

Tabel 2.1 Prioritas Diagnosa Keperawatan

NO	KRITERIA	SKOR	BOBOT	PEMBENARAN
1	Sifat masalah			
	Skala : Aktual	3		
	Risiko	2	1	
	Potensial/wellnes	1		
2	Kemungkinan masalah			
	Dapat diubah			
	Skala : Mudah	2		
	Sebagian	1	2	
	Tidak dapat	0		
3	Potensi masalah untuk dicegah			
	Skala : Tinggi	3		
	Cukup	2	1	
	Rendah	1		
4	Menonjolnya masalah			
	Skala : Segera	2		
	Tidak perlu segera	1	1	
	Tidak			
	dirasakan	0		

Cara Skoring:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan makna tinggi dan dikalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor} \quad \times \quad \text{Bobot}}{\text{Skala tertinggi}} = \text{Nilai Masalah}$$

3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria

#### **2.2.4. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnosis keperawatan. Perencanaan disusun dengan penekanan pada partisipasi klien, keluarga dan koordinasi dengan tim kesehatan lain. Perencanaan mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan (Padila, 2012).

Intervensi:

1. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif (D.0116)

Tujuan: setelah dilakukan minimal 4 kali kunjungan diharapkan tingkat manajemen kesehatan anak usia sekolah meningkat.

Kriteria hasil:

- a. Melakukan tindakan untuk mengurangi factor resiko meningkat
- b. Menerapkan program perawatan meningkat

c. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat

Tujuan umum	Tujuan khusus	Intervensi
Setelah dilakukan kunjungan minimal 4x kunjungan diharapkan klien dan keluarga diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat, dengan kriteria hasil: a. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat b. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat c. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko menurun	Keluarga mampu mengenal masalah yang terjadi dikeluarganya	Promosi literasi kesehatan (I.12471) O: Identifikasi gaya belajar pasien T: Gunakan strategi yang tepat dalam pencapaian informasi - Persiapkan informasi-informasi yang akan diberikan secara verbal maupun non verbal - Fasilitasi untuk bertanya dan mengklarifikasi informasi yang belum jelas E: Anjurkan bertanya jika terdapat informasi yang kurang jelas
	Keluarga mampu membuat keputusan	Konseling (I.10334) O: Identifikasi kemampuan dan beri penguat T: Tetapkan tujuan dan lama hubungan konseling - Fasilitasi untuk mengidentifikasi masalah E: Anjurkan mengganti kebiasaan maladaptif menjadi adaptif

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477)
	O: Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
	- Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga
	T: Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga
	E: Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga
Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Dukungan pemeliharaan rumah (I.144501)
	O:Identifikasi faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pemeliharaan rumah (misalnya manajemen kesehatan yang buruk)
	T:Dukung anggota keluarga dalam menetapkan tujuan yang dapat dicapai terkait pemeliharaan rumah
	E:Ajarkan strategi menciptakan lingkungan rumah
Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	Bimbingan Sistem Kesehatan (I. 12360)
	O: Identifikasi masalah Kesehatan individu dan keluarga
	T: Fasilitasi pemenuhan kebutuhan Kesehatan
	E:Bimbing untuk bertanggung jawab mengidentifikasi masalah kesehatan

## 2. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Tujuan: setelah dilakukan minimal 4 kali kunjungan diharapkan tingkat pengetahuan anak usia sekolah meningkat.

Kriteria hasil:

- a. Perilaku sesuai anjuran meningkat
- b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik
- c. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat



## d. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Tujuan umum	Tujuan Khusus	Intervensi
Setelah dilakukan 4x kunjungan ke keluarga diharapkan tingkat pengetahuan meningkat: a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan yang dialami	Edukasi Kesehatan (I.12383)  O: Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.  T: - Sediakan materi dan media pendidikan  - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan  - Berikan kesempatan untuk bertanya  E: Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan  - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat  - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
	Keluarga mampu mengambil keputusan untuk masalah kesehatannya	Konsultasi (I. 12461)  O: - Identifikasi tujuan konsultasi  - Identifikasi masalah yang menjadi focus konsultasi  T: Fasilitasi memutuskan pilihan alternative solusi  E: Jelaskan alternative solusi yang dapat

	dilakukan oleh pasien/keluarga
Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	<p>Edukasi Kesehatan (I. 12383)</p> <p>O: Identifikasi factor factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p>T: - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>- Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>E: - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	<p>Edukasi Keselamatan Lingkungan (I. 12384)</p> <p>O:Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>T:Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>E: Ajarkan individu dan kelompok beresiko tinggi tentang bahaya lingkungan</p>
Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan	<p>Bimbingan Sistem Kesehatan (I. 12360)</p> <p>O: Identifikasi masalah Kesehatan individu dan keluarga</p> <p>T: Fasilitasi pemenuhan</p>

---

kebutuhan Kesehatan

E: Bimbing untuk bertanggung jawab mengidentifikasi masalah kesehatan

---

### 3. Perilaku kesehatan cenderung beresiko (D.0003)

Tujuan: setelah dilakukan kunjungan minimal 4 kali diharapkan perilaku kesehatan cenderung beresiko anak usia sekolah menurun.

Kriteria hasil:

- a. Kemampuan peningkatan kesehatan meningkat
- b. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat

Tujuan umum	Tujuan khusus	Intervensi
Setelah dilakukan kunjungan minimal 4x kunjungan diharapkan klien dan keluarga diharapkan perilaku kesehatan membaik dengan kriteria hasil:	Keluarga mampu mengenal masalah yang terjadi pada keluarga	Konseling (I.10334) O: Identifikasi kemampuan dan beri penguat T: Tetapkan tujuan dan lama hubungan konseling - Fasilitasi untuk mengidentifikasi masalah E: Anjurkan mengganti kebiasaan maladaptif menjadi adaptif
a. Penerimaan terhadap perubahan status kesehatan meningkat		
b. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat		
c. Pencapaian peningkatan kesehatan meningkat		

---

---

Keluarga mampu mengambil keputusan	Dukungan pengambilan keputusan (I.09265)
	O: identifikasi persepsi mengenal masalah badan informasi yang memicu konflik
	T: fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif
	E: informasikan alternatif solusi secara jelas
Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Penentuan tujuan bersama (I.12464).
	O: Identifikasi tujuan-tujuan yang akan dicapai
	T: Prioritaskan aktivitas yang dapat membantu pencapaian tujuan
	E: Anjurkan mengidentifikasi kekuatan dan kemampuan sendiri
Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Edukasi pola perilaku kebersihan (I.12439)
	O: Identifikasi kemampuan menjaga kebersihan diri dan lingkungan
	T: Praktikkan bersama keluarga cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan
	E: Jelaskan masalah yang dapat timbul akibat tidak menjaga kebersihan diri dan lingkungan
	- Ajarkan cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan.
Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan	Edukasi perilaku upaya kesehatan (I.12435)
	O: Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
	T: Gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan dari

---

---

lingkungan, sosial serta budaya

E: Ajarkan pencarian dan penggunaan sistem fasilitas pelayanan kesehatan

---

### **2.2.5. Implementasi Keperawatan**

Implementasi pada asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya (Riasmini, 2017). Implementasi yang ditujukan pada individu meliputi:

- a. Tindakan keperawatan langsung
- b. Tindakan kolaborasi dan pengobatan dasar
- c. Tindakan observasi
- d. Tindakan pendidikan kesehatan

### **2.2.6. Evaluasi Keperawatan Keluarga**

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, penilaian dan evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Bila tidak atau belum berhasil, perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan keluarga, untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan klien keluarga. Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan.

Menurut Meirisa (2013) evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah.

Menurut Nursalim (2011) evaluasi keperawatan terdiri dari 2 jenis yaitu evaluasi formatif atau disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai dan evaluasi sumatif yang merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi menggunakan SOAP.

### **2.3. PHBS Cuci tangan**

Pendidikan kesehatan menurut Notoatmojo (2010) adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Yang artinya, bahwa pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan jika sakit dan lain sebagainya.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan serta memiliki peran aktif dalam aktivitas masyarakat (Kemenkes, 2016).

Berdasarkan uraian mengenai defisini pendidikan kesehatan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), maka penulis menyimpulkan bahwa

pentingnya pendidikan kesehatan dan perilaku hidup bersih dan sehat pada keluarga tahap perkembangan anak usia sekolah karena kegiatan tersebut mengajarkan agar masyarakat berupaya menyadari bagaimana cara memelihara kesehatan anggota keluarganya, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang akan merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang yang berada di sekitar mereka dan kemana mereka harus mencari pengobatan jika sakit.

### **2.3.1. Konsep cuci tangan**

Cuci tangan pakai sabun (CTPS) adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari-jemari menggunakan air dan sabun untuk menjadi bersih. Mencuci tangan menggunakan sabun merupakan salah satu upaya pencegahan penyakit. Hal ini dilakukan karena tangan sering kali menjadi agen yang membawa kuman dan menyebabkan patogen berpindah dari satu orang ke orang lain, baik dengan kontak langsung maupun kontak tidak langsung. Tangan yang bersentuhan langsung dengan kotoran manusia dan binatang, ataupun cairan tubuh lainnya dan makanan/minuman, yang terkontaminasi saat tidak dicuci dengan sabun dapat memindahkan bakteri, Virus, dan parasit pada orang lain yang tidak sadar bahwa dirinya sedang ditulari (Pratiwi, 2010).

### **2.3.2. Tujuan Mencuci Tangan**

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun oleh manusia untuk menjadi bersih dan memutuskan mata rantai

kuman. Mencuci tangan dengan sabun dikenal juga sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit. Hal ini dilakukan karena tangan seringkali menjadi agen yang membawa kuman dan menyebabkan pathogen berpindah dari satu orang ke orang lain, baik dengan kontak langsung ataupun kontak tidak langsung (menggunakan permukaan-permukaan lain seperti handuk, gelas).

Tangan yang bersentuhan langsung dengan kotoran manusia dan binatang, ataupun cairan tubuh lain seperti ingus, dan makanan/minuman yang terkontaminasi saat tidak dicuci dengan sabun dapat memindahkan bakteri, virus, dan parasit pada orang lain yang tidak sadar bahwa dirinya sedang ditularkan (InfoDATIN, 2014).

### **2.3.3. Indikasi Mencuci Tangan**

Menurut Dekpkkes, RI, 2011 dalam kehidupan sehari-hari banyak penyebaran penyakit yang melalui tangan, berikut indikasi mencuci tangan:

1. Sebelum dan setelah kontak cairan tubuh
2. Sebelum melakukan teknik aseptik
3. Sebelum memegang makanan
4. Bila terlihat kotor
5. Setelah dari toilet
6. Sebelum kontak dengan peralatan kotor atau berpotensi terkontaminasi
7. Setelah melepaskan sarung tangan



#### 2.3.4. Cara Cuci Tangan

Menurut WHO (2008) dalam Depkes RI (2011) terdapat 2 teknik mencuci tangan, yaitu mencuci tangan dengan sabun dengan air dan mencuci tangan dengan larutan bahan dasar alkohol.

1. Peralatan dan perlengkapan
  - a. Sabun biasa/ antiseptic
  - b. Handuk bersi apa tisu
  - c. Wastafel atau air mengalir
2. Prosedur pelaksanaan
  - a. Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan
  - b. Lepas cincin, jam tangan, dan gelang
  - c. Basahi kedua tangan dengan air mengalir
  - d. Tuangkan sabun secukupnya
  - e. Ratakan kedua sabun pada telapak tangan
  - f. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
  - g. Gosok kedua telapak tangan dan sela jari-jari.
  - h. Bersihkan punggung jari dengan gerakan mencuci
  - i. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan lakukan sebaliknya
  - j. Bersihkan ujung jari dengan tangan kanan dengan gerakan memutar pada telapak tangan kiri dan lakukan sebaliknya

- k. Gosok pergelangan tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan, dan lakukan sebaliknya
- l. Bilas kedua tangan dengan air mengalir
- m. Mengeringkan tangan dengan tisu sekali pakai sampai benar-benar bersih dan kering
- n. Gunakan tisu tersebut dengan menutup keran

### **2.3.5. Media AudioVisual**

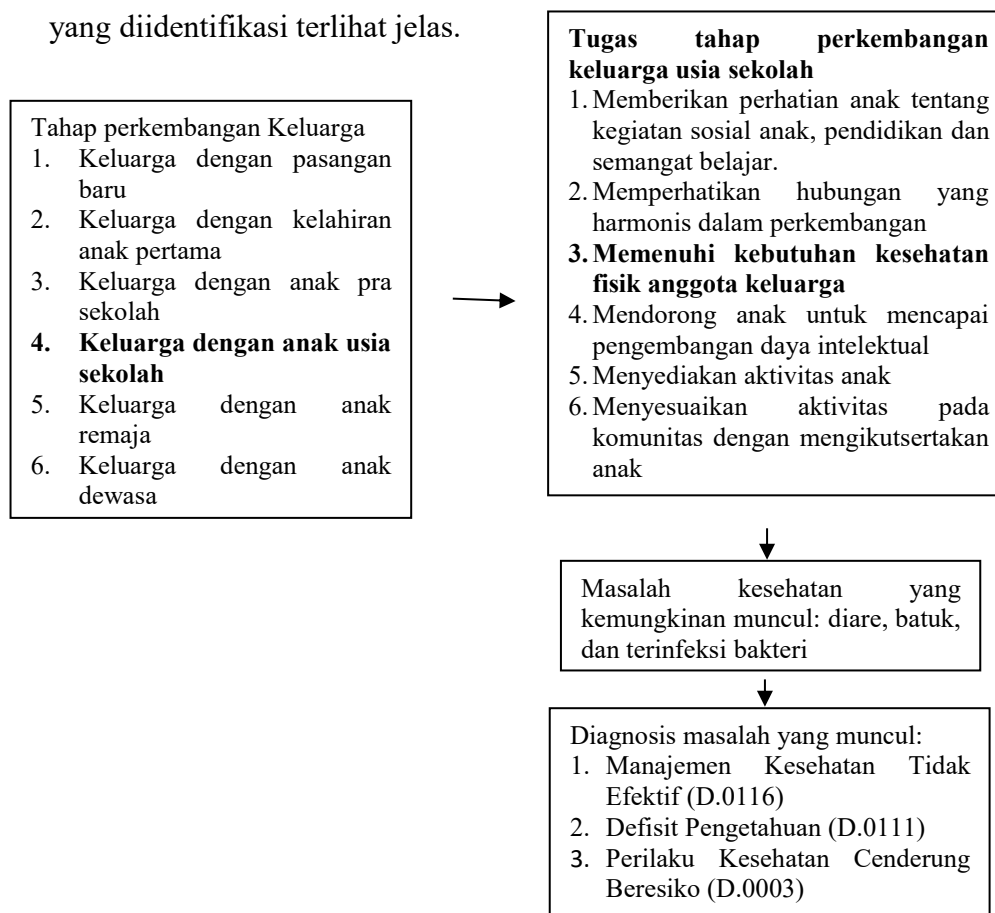
Berdasarkan penelitian pada jurnal utama menggunakan pemutaran video adalah teknologi untuk menangkap, merekam, memproses, mentransmisikan dan menata ulang gambar bergerak. Seperti yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2010), yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu dan pengetahuan juga merupakan domain yang sangat penting untuk mempengaruhi perilaku seseorang. Pengetahuan dan sikap responden setelah mengikuti pendidikan kesehatan dengan pemutaran video memiliki pengetahuan dan sikap yang baik tentang cuci tangan.

Menurut Rihani (2010) media audio visual adalah media instruksional moderen yang sesuai dengan perkembangan zaman (kemajuan IPTEK) meliputi media yang dapat dilihat dan didengar. Media audio visual memiliki kemampuan lebih baik karena meliputi dua jenis media, yaitu media audio dan media visual. Jenis media audio visual dibagi menjadi dua macam yaitu media audio murni dan

tak murni. Audio visual murni adalah unsure suara maupun gambar berasal dari satu sumber, sedangkan media audio tak murni adalah unsur suara dan gambarnya berasal dari sumber yang berbeda.

#### 2.4. Kerangka Teori

Menurut Subyantoro dan Suwanto 2007 dalam Susanto 2010, pada bagian tentang kerangka teori yang digunakan dalam penelitian. Penjelasan alur pemikiran penelitian didasarkan pada kerangka teori logis. Sertakan masalah yang diidentifikasi dalam kerangka teoritis yang sesuai sehingga masalah yang diidentifikasi terlihat jelas.



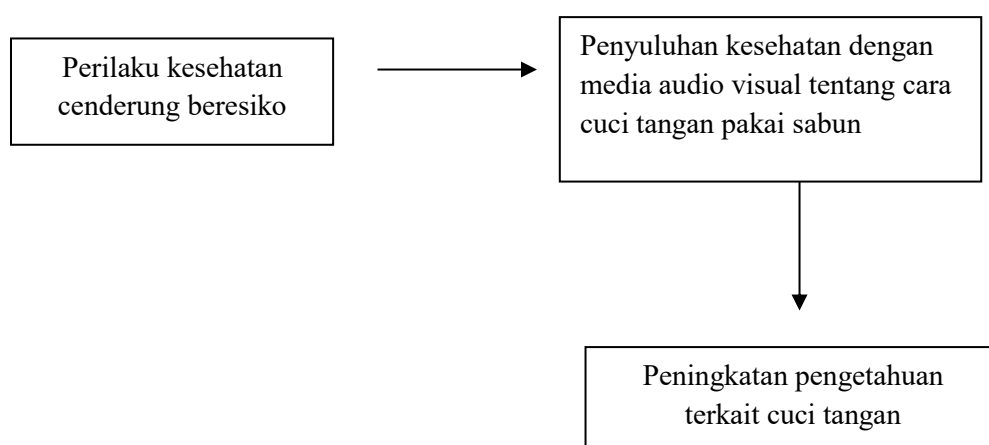
Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber: (Harnilawati, 2013), (Padila, 2012), (Wasaniyah, 2017)

## 2.5. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan uraian tentang hubungan atau kaitan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau melalui penelitian yang telah dilakukan. Kerangka konsep ini terdiri dari variable-variabel serta hubungan variable yang satu dengan yang lain (Notoatmodjo, 2012).

Kerangka konsep dalam penulisan proposal disusun untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Anak Usia Sekolah di Wilayah Puskesmas Gondangrejo Karanganyar. Kerangka konsep pada penulisan karya tulis ilmiah ini dapat digambarkan sebagai berikut.



Skema 2.2 Kerangka Konsep

## **BAB III**

### **METODOLOGI STUDI KASUS**

#### **3.1 Rancangan Studi Kasus**

Menurut Afyanti & Rachmawati (2014) mengatakan bahwa Studi kasus merupakan salah satu pendekatan kualitatif yang mempelajari fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam suatu sistem yang terbatas (*bounded-system*) oleh waktu dan tempat, meski batas-batas antara fenomena dan sistem tersebut tidak sepenuhnya jelas. Kekhususan pada studi kasus, peneliti mempelajari kasus yang terkini, kasus-kasus kehidupan nyata yang sedang berlangsung. Jika pendekatan studi kasus dan memiliki keunikan, sementara jika berupa kasus multipel atau banyak, kasus-kasus tersebut akan dibandingkan satu sama lain. Studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan keluarga dengan tahap usia anak sekolah.

#### **3.2 Subjek Studi Kasus**

Menurut Misno (2018) subjek studi kasus merupakan salah satu jenis penelitian yang meneliti suatu permasalahan melalui kasus yang terdiri dari keluarga. Untuk studi kasus ini tidak dikenal dengan populasi atau sampel melainkan lebih mengarah pada istilah subjek studi kasus. Subjek yang digunakan dalam studi kasus ini adalah tahap anak usia sekolah.

### **3.3 Fokus Studi Kasus**

Fokus studi kasus karya tulis ilmiah ini adalah pendidikan kesehatan mencuci tangan dengan sabun pada keluarga dengan tahap usia anak sekolah.

### **3.4 Definisi Operasional**

#### 3.4.1 Definisi keluarga

Keluarga tahap perkembangan anak usia sekolah adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang memiliki anak usia sekolah yaitu saat usia 6 tahun sampai 12 tahun.

#### 3.4.2 Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan tentang mencuci tangan dengan sabun adalah kegiatan pemberian materi dan bagaimana cara mencuci tangan dengan baik dan benar serta pentingnya mencuci tangan pada individu, kelompok, dan komunitas serta masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan mencapai kesehatan yang optimal.

### **3.5 Tempat dan Waktu Pengambilan Studi Kasus**

#### 1. Tempat

Pengelolaan studi kasus ini telah dilaksanakan di Puskesmas Gondangrejo Karanganyar

#### 2. Waktu

Waktu pengambilan data studi kasus ini telah dilaksanakan pada tanggal 17 Februari – 23 Februari 2021 dengan 4 kali kunjungan ke klien.

### 3.6 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang akan digunakan adalah:

1. Wawancara

Wawancara merupakan salah satu metode pengumpulan data dengan cara melakukan dialog atau percakapan langsung antara peneliti dan narasumber yang berkaitan dengan topik peneliti (Helaudin dan Wijaya, 2019). Hasil wawancara ini nanti berisi tentang identitas klien, keluhan utama klien, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan sumber data klien, keluarga, perawat lainnya.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Metode observasi merupakan metode pengumpulan data tentang perilaku manusia. Perilaku yang diobservasi yaitu klien, orang dalam perawatan, pemberian pelayanan atau implementasi (Swarjana, 2012). pemeriksaan fisik dengan menggunakan metode IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi).

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah analisis yang dilakukan dengan melihat dan menganalisis dokumen-dokumen yang dibuat oleh subyek sendiri atau orang lain tentang subyek (Haryono, 2020). Metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumentasi asli, dokumen asli dapat berupa informasi, gambar, table. Berdasarkan uraian di atas,

studi dokumentasi yang akan di pakai ketika Perilaku cuci tangan dengan sabun adalah dokumentasi asli berupa gambar dan video.

### **3.7 Penyajian Data**

Menurut Simanjuntak tahun 2020, penyajian data adalah kegiatan untuk mendeskripsikan data dari hasil penelitian yang dilakukan supaya lebih mudah dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang telah diharapkan. Penyajian data bertujuan untuk mendeskripsikan kejadian yang diteliti oleh peneliti yang menjadi hasil pengamatan dan memberikan simpulan yang terperinci dan terpercaya. Dalam penyajian data dapat ditampilkan dalam bentuk tabel, diagram dan teks. Keluarga serta masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan mencaipai kesehatan yang optimal.

### **3.8 Etika Studi Kasus**

Menurut Sinaga tahun 2017, terdapat 3 etika studi kasus antara lain :

#### *1. Inform consent*

Berisi tentang persetujuan untuk menjadi responden penelitian. Sebelumnya peneliti perlu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian agar responden bisa memahami dan mempertimbangkan untuk menjadi responden penelitian.

#### *2. Anonimity*

Peneliti tidak mencatumkan nama responden dan hanya berupa inisial atau kode dalam bentuk angka atau huruf.



### 3. *Confidentiality*

Menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden. Informasi yang diberikan oleh responden ke peneliti hanya untuk kepentingan penelitian dan bukan untuk publikasi atau meminta persetujuan dari lokasi penelitian/pihak yang berkepentingan

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

Studi kasus ini menguraikan mengenai hasil pengelolaan kasus beserta pembahasannya yang meliputi penjabaran data umum dan data khusus serta analisis mengenai Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Gondangrejo Karanganyar.

#### **4.1 Hasil Studi Kasus**

Studi kasus ini memilih 1 keluarga sebagai subyek studi kasus yaitu sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan. Subyek An. E berusia 10 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir TK. Subyek merupakan anak usia sekolah yang mengalami defisit pengetahuan tentang PHBS cuci tangan di Desa Pilangrejo RT 01 RW 05, Gondangrejo, Karanganyar.

Studi kasus ini mengambil keluarga Tn. M dengan sasaran pada anak usia sekolah yang sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan. Keluarga Tn. M terdiri dari Ny. R yang berusia 34 tahun sebagai istri, An. E yang berusia 10 tahun sebagai anak pertama, An. R yang berusia 6 tahun sebagai anak kedua, dan An. N yang berusia 10 bulan sebagai anak terakhir. Pada saat pengkajian keluarga Tn. M tidak mengetahui apa itu PHBS cuci tangan dan keluarga Tn. M tidak menerapkan cuci tangan pada anak-anaknya karena tidak mengetahui langkah-langkah cuci tangan dengan benar itu bagaimana. An. E juga belum mengetahui bagaimana cara mencuci tangan dengan benar.

#### **4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data**

Pengambilan data ini telah dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Gondangrejo Kabupaten Karanganya yang terletak di jalan Raya Solo-Purwodadi Dusun Tuban Kecamatan Gondangrejo, Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah. Pengelolaan kasus ini penulis mengambil data di desa Pilangrejo yang merupakan salah satu desa di wilayah kerja Puskesmas Gondangrejo Kabupaten Karanganyar.

#### **4.1.2 Pemaparan Fokus Studi**

##### **4.1.3.1 Hasil Pengkajian**

Berdasarkan tahapan proses keperawatan, maka langkah pertama yang harus dilakukan keluarga Tn. M adalah pengkajian. Dalam studi kasus ini pengkajian awal yang dilakukan tentang pengetahuan keluarga tentang PHBS cuci tangan. Data yang didapatkan pada saat pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif yang ada pada saat pengkajian yaitu An. E dan Ny. R mengatakan tidak mengetahui tentang PHBS cuci tangan dengan benar, serta tidak rutin untuk mencuci tangan sebelum atau sesudah melakukan aktifitas sehari-hari dikarenakan belum mengetahui langkah-langkah mencuci tangan dengan benar, subjek juga mengatakan tidak tahu apa itu PHBS. Keluarga Tn. M juga mengatakan minggu lalu bahwa An. E selama 3 hari mengalami penyakit diare.

Data objektif yang didapatkan saat pengkajian antara lain subjek tampak bingung saat diberikan pertanyaan tentang pengertian PHBS cuci tangan dan subjek tampak tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan. An. E tampak setelah main langsung mengambil makanan di meja makan.

**Tabel 4.1 Hasil Pengkajian (Observasi) Awal subjek sebelum pemutaran video tentang cuci tangan**

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Apakah cuci tangan adalah proses pembuangan kotoran dan debu yang menempel di tangan?	√	
2	Apakah cuci tangan adalah tindakan membersihkan jemari-jemari dengan menggunakan air mengalir?	√	
3	Apakah cuci tangan berfungsi untuk menghilangkan/ mengurangi kuman/ bakteri yang menempel di tangan?	√	
4	Apakah cuci tangan harus menggunakan air yang bersih?	√	
5	Apakah cuci tangan harus menggunakan sabun?		√
6	Apakah cuci tangan dilakukan setelah buang air besar?	√	
7	Apakah cuci tangan dilakukan setelah bersin, buang ingus, serta pulang berpergian?	√	

8	Apakah cara cuci tangan dengan cara menyingsingkan lengan baju dan melepaskan perhiasan yang menempel di jemari dan tangan?	√
9	Apakah dampak tidak cuci tangan akan terkena diare?	√
10	Apakah cuci tangan dilakukan sebelum makan?	√
11	Apakah dampak tidak cuci tangan memakai sabun akan dapat terserang penyakit seperti batuk, sesak nafas, pilek dll?	√
12	Apakah setelah cuci tangan bisa mengurangi dampak penyakit diare?	√
13	Apakah cuci tangan itu penting bagi kesehatan?	
14	Apakah perlu setelah buang air kecil melakukan cuci tangan?	√
15	Apakah setelah memegang hewan perlu kita cuci tangan?	√
16	Apakah menggunakan tisu basah sama dengan cuci tangan?	√

Berdasarkan table 4.1 diatas dapat dilihat bahwa tingkat pengetahuan PHBS cuci tangan pada kuesioner sebelum diberikannya pendidikan kesehatan PHBS cuci tangan dengan media pemutaran video, dari 16 pertanyaan klien hanya mampu menjawab 12 pertanyaan dari 4 dijawab salah.

#### 4.1.3.2 Hasil Diagnosis Keperawatan

Tahap perumusan diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan melakukan skoring terhadap diagnosis keperawatan keluarga untuk menentukan prioritas diagnosis yang muncul dengan teori SDKI. Pada kasus ini terdapat dua diagnosis yang muncul yaitu Defisit Pengetahuan (D.0111), Manajemen Kesehatan tidak efektif (D.0116). Dari data diatas dapat disimpulkan skoring prioritas masalah pada asuhan keperawatan keluarga yang pertama adalah Defisit Pengetahuan (D.0111).

Dari hasil skoring diagnosis yang muncul didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Dari hasil skoring Defisit Pengetahuan (D.0111) didapat hasil sifat masalah: actual dengan nilai 3, kemungkinan masalah dapat diubah: mudah dengan nilai 2, Potensial untuk dicegah: Tinggi dengan nilai 3, Menonjolnya Masalah: Masalah dirasakan dan harus segera ditangani dengan nilai 2, jumlah total nilai untuk diagnosis defisit pengetahuan (D.0111) adalah 5.
2. Dari hasil skoring Manajemen Kesehatan tidak efektif (D.0116) didapat hasil sifat masalah: Aktual dengan nilai 2, Kemungkinan masalah dapat diubah: Sebagian dengan nilai 1/2.

Potensial untuk dicegah: Tinggi dengan nilai 2, Menonjolnya Masalah: Masalah dirasakan dan harus segera ditangani dengan nilai 2, jumlah total nilai untuk diagnosis Manajemen Kesehatan tidak efektif (D.0116) adalah 2 2/3.

Berdasarkan pengkajian didapatkan prioritas diagnosis defisit pengetahuan (D.0111) didapatkan data subjektif yaitu n. E dan Ny. R mengatakan tidak mengetahui tentang PHBS cuci tangan dengan benar, serta tidak rutin untuk mencuci tangan sebelum atau sesudah melakukan aktifitas sehari-hari dikarenakan belum mengetahui langkah-langkah mencuci tangan dengan benar, subjek juga mengatakan tidak tahu apa itu PHBS. Keluarga Tn. M juga mengatakan minggu lalu bahwa An. E selama 3 hari mengalami penyakit diare.

Data objektif yaitu yang didapatkan saat pengkajian antara lain subjek tampak bingung saat diberikan pertanyaan tentang pengertian PHBS cuci tangan dan subjek tampak tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan. An. E tampak setelah main langsung mengambil makanan di meja makan. Dilihat dari observasi bahwa tingkat pengetahuan PHBS cuci tangan pada kuesioner sebelum diberikannya pendidikan kesehatan PHBS cuci tangan dengan media pemutaran video, dari 16 pertanyaan klien hanya mampu menjawab 12 pertanyaan dari 4 dijawab salah.

Diagnosis defisit pengetahuan (D.0111) menjadi prioritas pertama dari dua diagnosis keperawatan karena, berdasarkan hasil skoring diperoleh total nilai 5. Dilihat dari difat masalah termasuk dalam skala aktual dengan nilai 3, kemungkinan masalah dapat diubah: mudah dengan nilai 2, Potensial untuk dicegah: Tinggi dengan nilai 3, Menonjolnya Masalah: Masalah dirasakan dan harus segera ditangani dengan nilai 2, jumlah total nilai untuk diagnosis defisit pengetahuan (D.0111) adalah 5.

#### **4.1.3.3 Hasil Intervensi Keperawatan**

Hasil penelitian menurut Aeni, (2015) setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video sebagian besar didapatkan pengetahuan baik dan sikap juga baik. Tujuan pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video ialah mengubah perilaku cuci tangan dikalangan anak SD supaya mereka berperilaku baik, memanfaatkan sarana cuci tangan dengan semaksimal mungkin agar kesehatan dapat dijaga. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dikemukakan WHO salah satu strategi untuk perubahan perilaku adalah pemberian informasi guna meningkatkan pengetahuan sehingga timbul kesadaran yang pada akhirnya orang akan berperilaku sesuai dengan pengetahuannya tersebut. Pengetahuan terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu (Aeni, 2015). Setelah dilakukan pengkajian atau observasi awal terkait



pengetahuan PHBS cuci tangan dengan benar pada keluarga tahap anak usia sekolah, Prioritas diagnosis keperawatan keluarga yang diambil berdasarkan skoring adalah defisit pengetahuan (D.0111) dengan tujuan umum setelah dilakukan tindakan 4 kali kunjungan ke keluarga diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Tujuan khusus setelah dilakukan 4 kali kunjungan keluarga dan klien mampu mengenal masalah, mengambil keputusan, melakukan perawatan pada anggota yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Intervensi keperawatan yang disusun mengacu pada 5 fungsi keperawatan keluarga yaitu keluarga mampu mengenal masalah dengan edukasi kesehatan (I.12383) dengan cara melakukan metode pemutaran video terhadap pengetahuan dan sikap anak tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan dan ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan mencuci tangan dengan sabun, keluarga mampu mengambil keputusan dengan promosi kesiapan penerimaan informasi (I.12470) dengan cara berikan informasi kesehatan untuk klien dengan pemberian pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video dan keluarga,

keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan edukasi program pengobatan (I.12441) dengan cara informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan edukasi pola perilaku kebersihan (I.12439) dengan cara mempraktikkan bersama keluarga cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar terutama pada kebersihan tangan sebelum dan sesudah makan atau beraktivitas, keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan edukasi proses penyakit (I.12444) dengan cara anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memburuk.

Sejalan dengan (Nurseto 2011 dalam Aeni 2015) tingkat media yang digunakan dalam pembelajaran sangat bergantung pada tujuan pembelajaran. Beberapa faktor yang mempengaruhi antara lain media, media bacaan cetak (seperti poster), level spesifik lebih rendah dari level audio-visual (seperti video atau televisi), media audio-visual tingkat konkritnya lebih rendah dari praktikum terpimpin (praktek langsung) dan lain sebagainya.

#### **4.1.3.4 Hasil Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, penulis melakukan implementasi pada diagnosis Defisit Pengetahuan (D.0111) dengan melakukan *informed consent*, Pada kunjungan pertama pada tanggal 17 Februari 2021 ke keluarga Tn. M

sebelum melakukan pendidikan kesehatan tentang PHBS cuci tangan dengan benar dengan melalui metode video animasi, Pada kunjungan pertama pada tanggal 17 Februari 2021 pada pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi seperti : Melakukan pengkajian atau konsultasi terkait masalah kesehatan keluarga Tn. M dan melakukan *informed consent*. Pada kunjungan kedua pada tanggal 19 Februari 2021 pada pukul 10.00 WIB dilakukan tindakan dengan mendukung keputusan keluarga untuk melakukan cuci tangan dan menyediakan informasi tentang cuci tangan, kaji kebiasaan cuci tangan subjek dan membantu keluarga memodifikasi perilaku dengan melakukan rutin cuci tangan dan melakukan observasi kepada An. E sebelum diberikan tindakan pemutaran video PHBS cuci tangan.

Pada kunjungan ketiga pada tanggal 23 Februari 2021 pada pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi dengan Mendukung keluarga untuk mengganti kebiasaan tidak mencuci tangan dengan mencuci tangan dengan memberikan informasi tentang pendidikan kesehatan PHBS cuci tangan dengan memberikan pemutaran video cara dan langkah-langkah cuci tangan dengan baik dan benar, kaji cara cuci tangan secara mandiri. Kunjungan hari keempat pada tanggal 23 Februari 2021 pada pukul 13.00 WIB dilakukan mengulang kembali mengenai informasi tentang pendidikan kesehatan PHBS cuci tangan dengan pemutaran video,

kaji ulang mengenai cara cuci tangan secara mandiri, Melakukan observasi sesudah diberikan tindakan dengan pemutaran video dan tindakan keperawatan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan yang ada di desanya.

#### **4.1.3.5 Hasil Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan 4 kali kunjungan didapat hasil evaluasi seperti berikut dengan hasil subjek : Ny. R dan An. E mengatakan sudah mengerti tentang pengetahuan PHBS cuci tangan, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan sudah tahu langkah-langkah cuci tangan dengan benar, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan rutin melakukan cuci tangan saat sebelum atau sesudah melakukan aktifitas, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan mengganti kebiasaan yang dulu tidak melakukan cuci tangan dengan rutin melakukan cuci tangan, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan mengubah perilaku atau kebiasaan keluarga menjadi lebih baik lagi dan keluarga Tn. M dan An. E mengatakan sudah mengetahui sumber-sumber informasi pelayanan kesehatan yang ada di desanya dan akan menggunakan pelayanan kesehatan saat membutuhkannya.

Hasil evaluasi pada objektif adalah keluarga Tn. M dan An. E tampak antusias saat diberi pendidikan kesehatan, keluarga Tn. M dan An. E tampak berdiskusi tentang PHBS cuci tangan, An. E

tampak mengerti cara melakukan cuci tangan dengan benar, keluarga Tn. M dan An. E tampak menjawab pertanyaan yang diajukan oleh penulis, keluarga Tn. M dan An. E tampak bersungguh-sungguh akan mengganti kebiasaan tidak mencuci tangan dengan rutin dan keluarga Tn. M dan An. E tampak sudah mengerti tentang sumber-sumber informasi pelayanan kesehatan yang ada didesanya. Analisa yang didapat pada evaluasi dengan diagnosis defisit pengetahuan adalah keluarga sudah mampu mencapai 5 fungsi keperawatan keluarga. *Planning* memotivasi keluarga untuk tetap mendampingi anak dalam menerapkan PHBS cuci tangan secara baik dan benar.

**Tabel 4.2 Hasil Evaluasi kuisioner tentang pengetahuan PHBS dengan cara cuci tangan dengan benar.**

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Apakah cuci tangan adalah proses pembuangan kotoran dan debu yang menempel di tangan?	√	
2	Apakah cuci tangan adalah tindakan membersihkan jemari-jemari dengan menggunakan air mengalir?	√	
3	Apakah cuci tangan berfungsi untuk menghilangkan/mengurangi kuman/bakteri yang menempel di tangan?	√	
4	Apakah cuci tangan harus menggunakan air yang bersih?	√	
5	Apakah cuci tangan harus menggunakan sabun?	√	
6	Apakah cuci tangan dilakukan setelah buang air besar?	√	
7	Apakah cuci tangan dilakukan setelah bersin, buang ingus, serta pulang berpergian?	√	

8	Apakah cara cuci tangan dengan cara menyingsingkan lengan baju dan melepaskan perhiasan yang menempel di jemari dan tangan?	√
9	Apakah dampak tidak cuci tangan akan terkena diare?	√
10	Apakah cuci tangan dilakukan sebelum makan?	√
11	Apakah dampak tidak cuci tangan memakai sabun akan dapat terserang penyakit seperti batuk, sesak nafas, pilek dll?	√
12	Apakah setelah cuci tangan bisa mengurangi dampak penyakit diare?	√
13	Apakah cuci tangan itu penting bagi kesehatan?	√
14	Apakah perlu setelah buang air kecil melakukan cuci tangan?	√
15	Apakah setelah memegang hewan perlu kita cuci tangan?	√
16	Apakah menggunakan tisu basah sama dengan cuci tangan?	√

Berdasarkan hasil studi, diketahui bahwa setelah dilakukan kunjungan 4 kali dengan pemberian pengetahuan PHBS dan cara cuci tangan dengan benar. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga mampu merawat anggota keluarga, keluarga mampu memodifikasi lingkungan dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Setelah dilakukan penyuluhan pengetahuan keluarga tentang PHBS dan cara cuci tangan dengan benar klien mengalami peningkatan pengetahuan PHBS cuci tangan seperti table 4.2 diatas dengan 16 pertanyaan di dalam kuisioner subjek dapat menjawab semuanya.

## **4.2 Pembahasan**

Pada bab ini penulis membahas tentang Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Anak Usia Sekolah di wilayah kerja Puskesmas Gondangrejo Kabupaten Karanganyar . Melalui tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### **4.2.1 Pengkajian**

Studi kasus ini pengkajian awal berfokus pada kemampuan klien dalam melakukan langkah-langkah mencuci tangan setiap harinya dengan cara yang benar untuk mencegah penyakit atau kuman pada anak usia sekolah. Pengkajian keperawatan merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian juga merupakan syarat utama dalam mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga dengan metode observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Riasmini, 2017).

Pada tanggal 17 Februari 2021 dari hasil pengkajian berdasarkan batasan karakteristik dan observasi didapatkan data subjektif dan objektif. Data subjektif antara lain An. E dan Ny. R mengatakan tidak mengetahui tentang PHBS cuci tangan dengan benar, serta tidak rutin cuci tangan dengan benar, subjek juga mengatakan belum pernah diberikan pendidikan pengetahuan tentang PHBS dan cara cuci tangan

dengan benar, Keluarga Tn. M juga mengatakan minggu lalu bahwa An. E selama 3 hari mengalami penyakit diare. Data objektif yang didapatkan saat pengkajian antara lain subjek tampak bingung saat diberikan pertanyaan tentang pengertian PHBS cuci tangan dan subjek tampak tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan. An. E tampak setelah main langsung mengambil makanan di meja makan dan dari hasil data observasi hanya melakukan 12 dari 16 point itu juga di bantu oleh Ny. R untuk observasi.

Anak usia 6-12 tahun sangat rentan terkena penyakit karena disebabkan oleh kebiasaan tidak mencuci tangan, dan kebiasaan tidak menjaga hidup bersih dan sehat, suka makan sembarangan, serta pola jajan yang buruk. Menurut penulis, klien mengalami diare karena klien tidak pernah menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan atau beraktivitas, klien juga suka mengonsumsi jajanan sembarangan, ditambah kurangnya pengetahuan tentang cara mencuci tangan yang benar dilihat dari hasil observasi klien hanya melakukan 12 dari 16 point perilaku mencuci tangan dan klien jarang mencuci tangan, yang dapat memicu masalah kesehatan klien.

Kurangnya pengetahuan tentang PHBS cuci tangan disebabkan karena subjek belum mempunyai keinginan untuk mencari informasi PHBS cuci tangan disebabkan sibuknya bekerja dan istri belum meluangkan waktu untuk mencari informasi. Kurangnya promosi kesehatan yang ada didesanya juga dapat mempengaruhi kurangnya



pengetahuan tentang PHBS cuci tangan. Selain itu pendidikan juga mempengaruhi pengetahuan PHBS cuci tangan semakin tinggi pendidikan yang dimiliki semakin tinggi pengetahuan yang diperoleh. Sedangkan pengetahuan seseorang akan bertambah jika memiliki rasa keingintahuan yang tinggi (Notoatmojo,2012).

#### **4.2.2. Diagnosis**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien, individu, keluarga, dan komunikasi terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Berdasarkan pengkajian didapatkan prioritas diagnosis keperawatan yaitu Defisit Pengetahuan (D.0111) didapatkan data subjektif yaitu keluarga Tn. M dan An. E belum mengetahui tentang PHBS cuci tangan, klien mengatakan tidak tahu cara mencuci tangan dengan benar dan klien mengatakan jarang menerapkan cuci tangan, Keluarga Tn. M juga mengatakan minggu lalu bahwa An. E selama 3 hari mengalami penyakit diare . Data objektif yaitu dalam mencuci tangan klien hanya dapat melakukan sesuai dengan pengetahuannya saja, setelah bermain klien terlihat tidak mencuci tangan terlebih dahulu sebelum memegang makanan dan saat observasi klien hanya melakukan 12 dari 16 point perilaku mencuci tangan.

Berdasarkan pengkajian, diagnosis yang diangkat pada studi kasus ini yaitu defisit pengetahuan (D.0111). Menurut Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI) kriteria hasil pada keluarga dengan defisit pengetahuan (D.0111) antara lain perilaku sesuai anjuran meningkat, minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat dan persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

Diagnosis defisit pengetahuan (D.0111) menjadi prioritas pertama karena berdasarkan hasil skoring diperoleh total nilai 5. Dilihat dari sifat masalah termasuk dalam skala actual dengan nilai 1, kemungkinan masalah dapat diubah mudah dengan nilai 2, potensial masalah yang harus dicegah tinggi dengan nilai 1, menonjolnya masalah didapatkan masalah dirasakan dan harus segera ditangani dengan nilai 1.

#### **4.2.3. Intervensi**

Setelah menegakkan diagnosis keperawatan keluarga dan memprioritaskannya, maka proses berikutnya adalah menyusun intervensi keperawatan keluarga. Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2018). Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, yang meliputi tujuan umum (untuk mengatasi problem atau masalah pada individu yang sakit) dan tujuan

khusus (pemecahan masalah yang mengacu pada lima tugas keluarga dalam hal kesehatan atau keperawatan).

Berdasarkan studi kasus yang dituliskan oleh penulis, intervensi yang dilakukan memiliki tujuan umum dan khusus. Tujuan umum: setelah dilakukan selama 4 kali kunjungan rumah diharapkan klien dapat melakukan PHBS cuci tangan dengan benar, dan tujuan khusus: dapat memenuhi 5 fungsi keperawatan keluarga, antara lain: keluarga mampu mengenal masalah dengan edukasi kesehatan (I.12383) dengan cara melakukan metode pemutaran video terhadap pengetahuan dan sikap anak tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan dan ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan mencuci tangan dengan sabun, keluarga mampu mengambil keputusan dengan promosi kesiapan penerimaan informasi (I.12470) dengan cara berikan informasi kesehatan untuk klien dan keluarga, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan edukasi program pengobatan (I.12441) dengan cara informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan edukasi pola perilaku kebersihan (I.12439) dengan cara mempraktikkan bersama keluarga cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar terutama pada kebersihan tangan sebelum dan sesudah makan atau beraktivitas, keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan edukasi proses penyakit (I.12444) dengan cara anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memburuk dengan mengunjungi puskesmas setempat.

Diharapkan intervensi yang sudah disusun merupakan tindakan yang efektif untuk meningkatkan informasi mengenai cara mencuci tangan dengan benar pada keluarga dan klien. Intervensi yang disusun oleh penulis sudah menggunakan 5 fungsi keperawatan keluarga.

Menurut penulis adapun tujuan dilakukannya pendidikan kesehatan yaitu untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan terhadap pengetahuan dan sikap anak. Penelitian ini menggunakan metode pemutaran video tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan karena dengan metode ini anak bisa melihat bagaimana cara mencuci tangan dengan benar dan memperagakan kembali yang sudah diajarkan sehingga anak akan lebih cepat menangkap tentang apa yang telah disampaikan, Menggunakan pemutaran video adalah teknologi untuk menangkap, merekam, memproses, mentransmisikan dan menata ulang gambar bergerak (Aeni, 2015). Berdasarkan dari data diagnosis yang muncul, salah satu intervensi yang diambil penulis yaitu pemberian pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan.

#### **4.2.4. Implementasi**

Menurut Riasmini, (2017) implementasi pada asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya. Pada tahap ini, tugas perawat adalah membantu klien

untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahap ini dimulai setelah rencana tindakan disusun.

Studi kasus ini dilakukan implementasi dengan prioritas diagnosis defisit pengetahuan (D.0111) yang telah didefinisikan dalam rencana asuhan keperawatan, yaitu mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar untuk meningkatkan perilaku dan ketrampilan klien tentang cara mencuci tangan dengan baik dan benar, sehingga diharapkan klien dapat melakukan cuci tangan dengan benar dan mulai terbiasa menerapkannya setiap harinya. Studi kasus ini dilakukan implementasi yaitu melakukan pendidikan kesehatan melalui metode pemutaran video tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan pada anak usia sekolah. Metode pemutaran video ini dilakukan sebanyak 2 kali untuk mengajarkan bagaimana cara mencuci tangan dengan benar. Memberikan pengetahuan pada anak dapat dilakukan dengan cara yang membuat mereka senang dan tidak membosankan, salah satunya ialah dengan menggunakan metode pemutaran video animasi tentang PHBS cuci tangan, dimana anak bisa melihat melalui pemutaran video animasi tersebut dan anak bisa mempraktikkan kembali apa yang sudah di lihatnya tentang cara dan langkah mencuci tangan dengan benar (Qurrotul, Feira & Bambang, 2015).

Penulis melakukan implementasi pada diagnosis Defisit Pengetahuan (D.0111) dengan melakukan *informed consent*, Pada kunjungan pertama pada tanggal 17 Februari 2021 ke keluarga Tn. M

sebelum melakukan pendidikan kesehatan tentang PHBS cuci tangan dengan benar dengan melalui metode video animasi, Pada kunjungan pertama pada tanggal 17 Februari 2021 pada pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi seperti : Melakukan pengkajian atau konsultasi terkait masalah kesehatan keluarga Tn. M dan melakukan *informed consent*. Pada kunjungan kedua pada tanggal 19 Februari 2021 pada pukul 10.00 WIB dilakukan tindakan dengan mendukung keputusan keluarga untuk melakukan cuci tangan dan menyediakan informasi tentang cuci tangan, kaji kebiasaan cuci tangan subjek dan membantu keluarga memodifikasi perilaku dengan melakukan rutin cuci tangan dan melakukan observasi kepada An. E sebelum diberikan tindakan pemutaran video PHBS cuci tangan.

Pada kunjungan ketiga pada tanggal 23 Februari 2021 pada pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi dengan Mendukung keluarga untuk mengganti kebiasaan tidak mencuci tangan dengan mencuci tangan dengan memberikan informasi tentang pendidikan kesehatan PHBS cuci tangan dengan memberikan pemutaran video cara dan langkah-langkah cuci tangan dengan baik dan benar, kaji cara cuci tangan secara mandiri. Kunjungan hari keempat pada tanggal 23 Februari 2021 pada pukul 13.00 WIB dilakukan mengulang kembali mengenai informasi tentang pendidikan kesehatan PHBS cuci tangan dengan pemutaran video, kaji ulang mengenai cara cuci tangan secara mandiri, Melakukan observasi sesudah diberikan tindakan dengan pemutaran video dan tindakan

keperawatan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan yang ada di desanya.

Berdasarkan hasil studi kasus, diketahui bahwa setelah dilakukan intervensi keperawatan dengan menggunakan metode pemutaran video, maka kemampuan klien dalam melakukan cuci tangan dengan benar mengalami peningkatan, seperti table berikut:

**Table 4.3 Hasil Observasi Perilaku Mencuci Tangan Setelah Diberikan Metode Pemutaran Video**

<b>No</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Benar</b>	<b>Salah</b>
1	Apakah cuci tangan adalah proses pembuangan kotoran dan debu yang menempel di tangan?	√	
2	Apakah cuci tangan adalah tindakan membersihkan jemari-jemari dengan menggunakan air mengalir?	√	
3	Apakah cuci tangan berfungsi untuk menghilangkan/mengurangi kuman/bakteri yang menempel di tangan?	√	
4	Apakah cuci tangan harus menggunakan air yang bersih?	√	
5	Apakah cuci tangan harus menggunakan sabun?	√	
6	Apakah cuci tangan dilakukan setelah buang air besar?	√	
7	Apakah cuci tangan dilakukan setelah bersin, buang ingus, serta pulang berpergian?	√	
8	Apakah cara cuci tangan dengan cara menyingsingkan lengan baju dan melepaskan perihasan yang menempel di jemari dan tangan?	√	
9	Apakah dampak tidak cuci tangan akan terkena diare?	√	
10	Apakah cuci tangan dilakukan sebelum makan?	√	

11	Apakah dampak tidak cuci tangan memakai sabun akan dapat terserang penyakit seperti batuk, sesak nafas, pilek dll?	√
12	Apakah setelah cuci tangan bisa mengurangi dampak penyakit diare?	√
13	Apakah cuci tangan itu penting bagi kesehatan?	√
14	Apakah perlu setelah buang air kecil melakukan cuci tangan?	√
15	Apakah setelah memegang hewan perlu kita cuci tangan?	√
16	Apakah menggunakan tisu basah sama dengan cuci tangan?	√

#### 4.2.5 Evaluasi

Evaluasi akhir dilakukan pada kunjungan keempat dengan hasil bahwa subjek studi kasus (anak usia sekolah) ini sudah mampu mencapai 5 fungsi perawatan keluarga. Tahapan akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi. Keluarga akan menentukan apakah keluarga sudah dapat dilepas dari binaan atau asuhan keperawatan pada tingkat kemandirian yang diinginkan, atau perlu dilakukan tindak lanjut. Bila kunjungan berkelanjutan maka perlu dibuat catatan perkembangan (Nadirawati, 2018).

Evaluasi yang digunakan adalah sumatif. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan pada akhir pemberian asuhan keperawatan. Penilaian evaluasi dilaksanakan dengan menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning) (Suprajitno 2012 dalam Wardani, 2013).



Hasil penelitian tentang peningkatan PHBS cuci tangan dengan baik dan benar memperoleh hasil adanya peningkatan kemampuan pada klien antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video mencuci tangan. Hasil dari studi kasus ini di dapatkan data subjektif Ny. R dan An. E mengatakan sudah mengerti tentang pengetahuan PHBS cuci tangan, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan sudah tahu langkah-langkah cuci tangan dengan benar, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan rutin melakukan cuci tangan saat sebelum atau sesudah melakukan aktifitas, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan mengganti kebiasaan yang dulu tidak melakukan cuci tangan dengan rutin melakukan cuci tangan, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan mengubah perilaku atau kebiasaan keluarga menjadi lebih baik lagi dan keluarga Tn. M dan An. E mengatakan sudah mengetahui sumber-sumber informasi pelayanan kesehatan yang ada di desanya dan akan menggunakan pelayanan kesehatan saat membutuhkannya.

Hasil evaluasi pada objektif adalah keluarga Tn. M dan An. E tampak antusias saat diberi pendidikan kesehatan, keluarga Tn. M dan An. E tampak berdiskusi tentang PHBS cuci tangan, An. E tampak mengerti cara melakukan cuci tangan dengan benar, keluarga Tn. M dan An. E tampak menjawab pertanyaan yang diajukan oleh penulis, keluarga Tn. M dan An. E tampak bersungguh-sungguh akan mengganti kebiasaan tidak mencuci tangan dengan rutin dan keluarga Tn. M dan An.

E tampak sudah mengerti tentang sumber-sumber informasi pelayanan kesehatan yang ada didesanya. Analisa yang didapat pada evaluasi dengan diagnosis defisit pengetahuan adalah keluarga sudah mampu mencapai 5 fungsi keperawatan keluarga.

Hasil evaluasi keluarga pada fungsi perawatan yang pertama dapat mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat dengan tujuan meningkatkan pengetahuan PHBS cuci tangan dan dapat melakukan cuci tangan secara mandiri. Pada subjek ini subjek mengalami peningkatan pengetahuan tentang PHBS cuci tangan yang sebelumnya pemberian penyuluhan hanya 11 pertanyaan yang dijawab benar dan setelah dilakukan penyuluhan terjadi peningkatan 100% dengan 16 pertanyaan dijawab benar semua.

Hasil evaluasi pada fungsi perawatan keluarga yang kedua yaitu keluarga mampu memutuskan untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan dengan tujuan adanya meningkatkan cuci tangan dalam sehari – hari didapatkan hasil klien akan meningkatkan dan akan rutin melakukan cuci tangan pada kehidupan sehari – harinya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa fungsi perawatan yang kedua sudah tercapai.

Hasil evaluasi pada fungsi perawatan yang ketiga yaitu keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk mengubah kebiasaan yang dulu tidak melakukan cuci tangan menjadi melakukan cuci tangan didapatkan hasil bahwa An.E dan keluarga Tn. M akan mengubah kebiasaan menjadi lebih baik lagi dengan melakukan rutin cuci tangan.

Dengan demikian fungsi perawatan kesehatan keluarga yang ketiga sudah tercapai.

Hasil evaluasi pada fungsi perawatan yang keempat yaitu mampu memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga dengan tujuan keluarga dapat melakukan cuci tangan secara mandiri. Hasil keluarga An.E sudah bisa melakukan secara mandiri.

Terakhir, fungsi keperawatan keluarga yang kelima yaitu keluarga memiliki kemampuan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan tujuan peningkatan pengetahuan sumber-sumber pelayanan kesehatan didapatkan hasil keluarga akan membawa ke fasilitas kesehatan jika anaknya sakit nantinya. Pada fungsi kesehatan yang kelima ini, keluarga sudah mampu mencapainya.

Penulis memberikan penjelasan dan edukasi mengenai sumber-sumber fasilitas kesehatan terdekat seperti puskesmas dan memilih fasilitas profesional perawatan kesehatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan klien seperti bidan, dokter, dan lain - lainya, dengan edukasi ini keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat seperti puskesmas atau klinik yang bisa melayani kesehatan.

Analisa keluarga mampu mengenal masalah, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga mampu memodifikasi lingkungan, dan keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan. Kemampuan klien dalam melakukan cara mencuci tangan setelah diberikan pendidikan kesehatan

melalui metode pemutaran video mengalami peningkatan, karena langkah-langkah mencuci tangan yang disampaikan dengan metode pemutaran video mudah untuk difahami oleh anak. *Planning* motivasi keluarga untuk tetap mendampingi anak dalam melakukan atau menerapkan cuci tangan secara baik dan benar.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini penulis menuliskan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil proses keperawatan keluarga yang sudah dilakukan kepada keluarga Tn. M dengan tahap perkembangan anak usia sekolah dengan An. E berusia 10 tahun, dengan mengaplikasikan pada studi kasus berupa pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode pemutaran video tentang PHBS cuci tangan dengan baik dan benar. Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga dari pengkajian, menetapkan diagnosis keperawatan, menentukan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan tentang pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video tentang PHBS cuci tangan dengan baik dan benar terhadap keluarga Tn. M di wilayah kerja Puskesmas Gondangrejo, Kabupaten Karanganyar secara metode studi kasus, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

#### **5.1 Kesimpulan**

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan proses keperawatan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi tentang asuhan keperawatan pada tahap perkembangan usia sekolah pada An.E yang berusia 10 tahun di Desa Pilangrejo Kec. Gondangrejo Kab, Karanganyar dengan mengaplikasikan hasil studi kasus pemberian pendidikan kesehatan pengetahuan PHBS cuci tangan.

### **5.1.1 Pengkajian**

Berdasarkan tahapan proses keperawatan, maka langkah pertama yang harus dilakukan keluarga Tn. M adalah pengkajian. Dalam studi kasus ini pengkajian awal yang dilakukan tentang pengetahuan keluarga tentang PHBS cuci tangan. Data yang didapatkan pada saat pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif yang ada pada saat pengkajian yaitu An. E dan Ny. R mengatakan tidak mengetahui tentang PHBS cuci tangan dengan benar, serta tidak rutin untuk mencuci tangan sebelum atau sesudah melakukan aktifitas sehari-hari dikarenakan belum mengetahui langkah-langkah mencuci tangan dengan benar, subjek juga mengatakan tidak tahu apa itu PHBS. Keluarga Tn. M juga mengatakan minggu lalu bahwa An. E selama 3 hari mengalami penyakit diare.

### **5.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian didapatkan prioritas diagnosis keperawatan yaitu Defisit Pengetahuan (D.0111). Berdasarkan pengkajian, diagnosis yang diangkat pada studi kasus ini yaitu defisit pengetahuan (D.0111). Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) kriteria hasil pada keluarga dengan defisit pengetahuan (D.0111) antara lain perilaku sesuai anjuran meningkat, minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat dan persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

Diagnosis defisit pengetahuan (D.0111) menjadi prioritas pertama karena berdasarkan hasil skoring diperoleh total nilai 5. Dilihat dari sifat masalah termasuk dalam skala actual dengan nilai 1, kemungkinan masalah dapat diubah mudah dengan nilai 2, potensial masalah yang harus dicegah tinggi dengan nilai 1, menonjolnya masalah didapatkan masalah dirasakan dan harus segera ditangani dengan nilai 1.

### **5.1.3 Rencana Keperawatan**

Rencana keperawatan (Intervensi) yang dilakukan untuk diagnosis defisit pengetahuan (D.0111) adalah keluarga mampu mengenal masalah dengan edukasi kesehatan (I.12383) dengan cara melakukan metode pemutaran video terhadap pengetahuan dan sikap anak tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan dan ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan mencuci tangan dengan sabun, keluarga mampu mengambil keputusan dengan promosi kesiapan penerimaan informasi (I.12470) dengan cara berikan informasi kesehatan untuk klien dengan pemberian pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video dan keluarga, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan edukasi program pengobatan (I.12441) dengan cara informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan edukasi pola perilaku kebersihan (I.12439) dengan cara mempraktikkan bersama keluarga cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar terutama pada kebersihan tangan sebelum dan sesudah makan atau

beraktivitas, keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan edukasi proses penyakit (I.12444) dengan cara anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memburuk.

#### **5.1.4 Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, penulis melakukan implementasi pada diagnosis Defisit Pengetahuan (D.0111) dengan melakukan *informed consent*. Pada kunjungan pertama pada tanggal 17 Februari 2021 pada pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi seperti : Melakukan pengkajian atau konsultasi terkait masalah kesehatan keluarga Tn. M dan melakukan *informed consent*. Pada kunjungan kedua pada tanggal 19 Februari 2021 pada pukul 10.00 WIB dilakukan tindakan dengan mendukung keputusan keluarga untuk melakukan cuci tangan dan menyediakan informasi tentang cuci tangan, kaji kebiasaan cuci tangan dan membantu keluarga memodifikasi perilaku cuci tangan dan melakukan observasi sebelum diberikan tindakan pemutaran video PHBS cuci tangan.

Pada kunjungan ketiga pada tanggal 23 Februari 2021 pada pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi dengan Mendukung keluarga untuk mengganti kebiasaan PHBS cuci tangan dengan memberikan pemutaran video cara dan langkah-langkah cuci tangan dengan baik dan benar, kaji cara cuci tangan secara mandiri. Kunjungan hari keempat pada tanggal 23 Februari 2021 pada pukul 13.00 WIB dilakukan mengulang kembali mengenai informasi tentang pendidikan kesehatan PHBS cuci tangan dengan pemutaran video, kaji ulang mengenai cara cuci tangan secara



mandiri, Melakukan observasi sesudah diberikan tindakan dengan pemutaran video dan tindakan keperawatan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan yang ada di desanya.

### **5.1.5 Evaluasi**

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan 4 kali kunjungan didapat hasil evaluasi seperti berikut dengan hasil subjek : Ny. R dan An. E mengatakan sudah mengerti tentang pengetahuan PHBS cuci tangan, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan sudah tahu langkah-langkah cuci tangan dengan benar, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan rutin melakukan cuci tangan saat sebelum atau sesudah melakukan aktifitas, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan mengganti kebiasaan yang dulu tidak melakukan cuci tangan dengan rutin melakukan cuci tangan, keluarga Tn. M dan An. E mengatakan akan mengubah perilaku atau kebiasaan keluarga menjadi lebih baik lagi dan keluarga Tn. M dan An. E mengatakan sudah mengetahui sumber-sumber informasi pelayanan kesehatan yang ada di desanya dan akan menggunakan pelayanan kesehatan saat membutuhkannya. Hasil evaluasi pada objektif adalah keluarga Tn. M dan An. E tampak antusias saat diberi pendidikan kesehatan, keluarga Tn. M dan An. E tampak berdiskusi tentang PHBS cuci tangan, An. E tampak mengerti cara melakukan cuci tangan dengan benar, keluarga Tn. M dan An. E tampak menjawab pertanyaan yang diajukan oleh penulis, keluarga Tn. M dan An. E tampak bersungguh-sungguh akan mengganti kebiasaan tidak mencuci tangan dengan rutin dan keluarga Tn.

M dan An. E tampak sudah mengerti tentang sumber-sumber informasi pelayanan kesehatan yang ada didesanya. Analisa yang didapat pada evaluasi dengan diagnosis defisit pengetahuan adalah keluarga sudah mampu mencapai 5 fungsi keperawatan keluarga. *Planning* memotivasi keluarga untuk tetap mendampingi anak dalam menerapkan PHBS cuci tangan secara baik dan benar.

## **5.2 Saran**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan anak usia sekolah pada An.E akan memberikan usulan dan masukan yang positif khususnya dibidang kesehatan antara lain :

### **5.2.1 Bagi Puskesmas**

Hasil aplikasi riset penelitian ini dapat diaplikasikan oleh kader posyandu maupun petugas kesehatan dari puskesmas dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat terutama pada anak usia sekolah.

### **5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Bagi institusi pendidikan, diharapkan hasil aplikasi riset dan penelitian ini dapat digunakan dalam pengembangan ilmu keperawatan yang tidak hanya berfokus pada rumah sakit, namun juga puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama sehingga diharapkan tidak hanya berfokus pada orang sakit tapi juga pada orang yang sehat dan informasi mengenai masalah kesehatan dapat diberitahukan pada masyarakat sebagai tindakan pencegahan

### **5.2.3 Bagi klien dan keluarga**

Bagi keluarga klien, dimana klien masih berusia 10 tahun keluarga ikut berpartisipasi dan mengerahkan klien pada kegiatan yang positif dan bermanfaat, sehingga dapat menghindar perilaku cenderung beresiko PHBS cuci tangan.

### **5.2.4 Bagi penulis**

Dapat meningkatkan kualitas kesehatan khususnya pada keluarga usia anak sekolah dengan perilaku PHBS cuci tangan, klien dan keluarga dapat menerapkan PHBS cuci tangan pada kehidupan sehari – hari.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, Qurrotul. 2015. Pengaruh pendidik kesehatan dengan metode pemutaran video tentang PHBS cuci tangan terhadap pengetahuan dan sikap.
- Ali, Z. 2010. Pengantar Keperawatan Keluarga. EGC : Jakarta
- Afiyanti, Y., Rachmawati, I.N. ( 2014 ). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta : Rajawali Press.
- Aziz,.Safrudin. 2015. Pendidikan Keluarga Konsep Dan Strategi.Yohyakarta: Gava Media.
- Arsurya, Y. Rini, E. A. Abdiana, (2017). Hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang penanganan diare dengan kejadian diare pada balita di kelurahan Korong Gadang kecamatan Kuranji kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(2). 452-456
- Brandt, K. G. de Castro Antunes, M. M. & da silva, G. A. P. (2015). Diarrea aguda: manejo baseado em evidencias. *Journal de pediatria*, 91(6), S36-S43
- Friedman, M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5*. Jakarta: EGC
- Susanto. 2010. Panduan Lengkap Menyusun Proposal. Jakarta: Visi media
- Harnilawati, S.Kep., Ns. 2013. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Sulawesi Selatan. Pustaka. As Salam.
- Harmoko, 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Helaluddin & Hengki Wijaya. 2019. Analisis Data Kualitatif. Sekolah Tinggi Theologia Jaffray
- InfoDATIN. 2014. Pusat Data Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- I Ketut Swarjana. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: ANDI Selatan: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Buku Saku Petugas Kesehatan Lintas Diare*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengadiln Penyakit dan Penyehat Lingkungan
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Perilaku Mencuci Tangan Pakai Sabun di Indonesia*. Jakarta Selatan

- Kementrian Kesehatan RI (Kemenkes RI). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI. 2015.
- Kementrian Kesehatan RI. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta Selatan
- Kementrian Kesehatan RI (Kemenkes RI). Riview STBM: data, temuan, dan informasi. Jakarta: Kemenkes RI 2018.
- Kholifah, Siti Nur dan Wahyu Widagdo. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Misno. A. (2018). *Metode Penelitian Muamalah*. Jakarta Selatan: Salemba Diniyah.
- Monator Sinaga. 2017. Riset Kesehatan Panduan Praktis Menyusun Tugas Akhir Bagi Mahasiswa Kesehatan. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Padila. (2012). Buku Ajar: Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. M., & Handayani, T. W. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Sinta Dameria Simanjuntak, S.Si., M.Pd. 2020. Statistik Penelitian dengan Aplikasi Ms. Excel dan SPSS.

## Lampiran 1

Jurnal Keperawatan Volume 7 No 2, Hal 1 - 5, September 2015  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal  
ISSN : Cetak 2085-1049

---

### PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE PEMUTARAN VIDEO TENTANG PHBS CUCI TANGAN TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP

Qurrotul Aeni<sup>1</sup>, Feira Beniarti<sup>1</sup>, Bambang Edy warsito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal  
Email: qurrotul80@gmail.com

<sup>2</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang  
Email: bambangedi@undip.ac.id

#### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Perilaku hidup bersih dan sehat disekolah merupakan kebutuhan mutlak dan dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan itu sendiri. Salah satu cara pendidikan kesehatan dengan cara ceramah dengan alat – alat bantu pengajaran, misal makalah singkat, slide, sound system, pemutaran video dan dapat menguasai sasaran. **Metode:** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan terhadap pengetahuan dan sikap siswa. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian pre eksperimental dengan rancangan one group pre-test-post-test. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa kelas VI SD, menggunakan teknik sampling jenuh. Analisa data menggunakan uji beda Wilcoxon yang sebelumnya dilakukan uji normalitas kolmogorov-Smirnov. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode pemutaran video terhadap pengetahuan dan sikap siswa tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan. **Diskusi:** Hasil penelitian direkomendasikan pada pengelola SD dapat membuat kebijakan yang lebih bersifat upaya promotif dan preventif terhadap hal-hal yang berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat.

**Kata kunci:** Perilaku, Hidup bersih sehat, Pemutaran video tentang perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan

#### ABSTRACT

**Introduction:** Behavior Clean and healthy school is an absolute necessity and can be done through health education itself. One way of health education by way of lectures with teaching aids, such as brief papers, slides, sound system, video playback and can master the target. **Methods:** The purpose of this study was to investigate the effect of health education with video playback methods on clean and healthy living behaviors of handwashing of students' knowledge and attitudes. This research used pre experimental pre-test-post-test. The population in this study is the students of grade VI SD, using saturated sampling technique. Data analysis using different test Wilcoxon yang previously tested the normality kolmogorov-Smirnov. **Results:** The results showed that there was an effect of health education with video playback methods to students' knowledge and attitude about clean and healthy life behavior of hand washing. **Discussion:** The results of the study recommended in elementary school managers can create policies that are more promotive and preventive efforts on matters relating to clean and healthy life behavior.

**Keywords:** Behavior, Clean Healthy Living, Video Playback methods on clean and healthy living behaviors of handwashing

#### PENDAHULUAN

Sehat merupakan hak setiap individu agar dapat melakukan segala aktifitas hidup sehari-hari. Untuk bisa hidup sehat, kita harus mempunyai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Perilaku ini merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri di bidang

kesehatan masyarakatnya (Depkes, 2005). Kualitas sumber daya manusia yang mampu berdaya saing akan tercipta jika pengawasan kesehatan dimulai dari anak usia sekolah baik tingkat pra sekolah, sekolah dasar, sekolah menengah pertama dan sekolah menengah atas. Pada usia sekolah dasar (SD) anak perlu mendapat pengawasan kesehatan, karena pada

tahap ini merupakan proses tumbuh kembang yang teratur (Zaviera, 2008).

Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia atau World Health Organization (WHO) setiap tahun 100.000 anak Indonesia meninggal akibat diare, sementara data Departemen Kesehatan menunjukkan diantara 1000 penduduk terdapat 300 orang yang terjangkit penyakit diare sepanjang tahun (Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011). Pelaksanaan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dikelompokkan menjadi 5 tatanan yaitu PHBS di Sekolah, PHBS di Rumah Tangga, PHBS di Institusi Kesehatan, PHBS di Tempat-tempat umum dan PHBS di Tempat Kerja (Notoatmodjo,2007).

Promosi kesehatan di lingkungan sekolah sangat efektif karena anak sekolah merupakan sasaran yang mudah dijangkau sebab terorganisasi dengan baik serta merupakan kelompok umur yang peka dan mudah menerima perubahan. Anak sekolah juga berada dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan sehingga mudah untuk dibimbing, diarahkan, dan ditanamkan kebiasaan-kebiasaan baik (Lucie,2005). Sedangkan menggunakan pemutaran video adalah teknologi untuk menangkap, merekam, memproses, mentransmisikan dan menata ulang gambar bergerak. Seperti yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2010 : 27), yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan pengetahuan juga merupakan domain yang sangat penting untuk mempengaruhi perilaku seseorang, sehingga semakin tinggi atau semakin banyak pengetahuan yang didapat seseorang maka semakin baik perilaku yang ditunjukkan oleh orang tersebut, maka sikap yang ditunjukkan adalah sikap yang positif. Begitu juga dengan pengetahuan seorang anak semakin baik pengetahuannya maka semakin baik pula perilaku yang dimilikinya khususnya yang berkaitan dengan PHBS (Notoatmodjo, 2010).

## METODE

Penelitian ini termasuk jenis penelitian pre eksperimental. Rancangan yang digunakan adalah *one group pre-test-post-test*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Siswa Kelas VI SD Bugangin kendal dengan jumlah populasi 30 siswa. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan metode sampling jenuh.

## HASIL

### 1. Hasil Analisa Univariat

**Tabel 1**  
**Hasil kuesioner pengetahuan sesudah pemutaran video tentang cuci tangan (n=30)**

No.	Pernyataan	Benar f (%)	Salah f (%)
1.	Apakah cuci tangan adalah proses pembuangan kotoran dan debu yang menempel di tangan?	30 (100)	0 (0)
2.	Apakah cuci tangan adalah tindakan membersihkan jemari-jemari dengan menggunakan air mengalir?	27 (90)	3 (10)
3.	Apakah sabun biasa sama dengan menggunakan sabun antiseptik seperti alkohol?	14 (46,6)	16 (53,3)
4.	Apakah cuci tangan berfungsi untuk menghilangkan / mengurangi kuman / bakteri yang menempel ditangan?	30 (100)	0 (0)
5.	Apakah cuci tangan harus menggunakan air yang bersih?	29 (96,6)	1 (3,3)
6.	Apakah cuci tangan harus menggunakan sabun?	26 (86,6)	4 (13,3)
7.	Apakah sabun biasa bisa membersihkan kuman atau bakteri pada tangan?	23 (76,6)	7 (23,3)
8.	Apakah cuci tangan dilakukan setelah buang air besar?	26 (86,6)	4 (13,3)
9.	Apakah cuci tangan dilakukan setelah bersin, buang ingus, serta pulang berpergian?	28 (93,3)	2 (6,6)
10.	Apakah cara cuci tangan dengan cara menyingsingkan lengan baju dan melepaskan perhiasan yang menempel di jemari dan tangan?	28 (93,3)	2 (6,6)
11.	Apakah dampak tidak cuci tangan akan terkena diare?	25 (83,3)	5 (16,6)
12.	Apakah cuci tangan dilakukan sebelum makan?	29 (96,6)	1 (3,3)

13	Apakah dampak tidak cuci tangan memakai sabun akan dapat terserang penyakit seperti batuk, seak nafas, pilek dll?	27 (90)	10 (10)
14	Apakah setelah cuci tangan bisa mengurangi dampak penyakit diare?	29 (90)	1 (3,3)
15	Apakah cuci tangan itu penting bagi kesehatan?	100 (100)	0 (0)
16	Apakah setelah cuci tangan harus cuci tangan?	100 (100)	0 (0)
17	Apakah perlu setelah buang air kecil melakukan cuci tangan?	28 (93,3)	2 (6,6)
18	Apakah setelah memegang hewan perlu kita cuci tangan?	27 (90)	3 (10)
19	Apakah menggunakan tisu basah sama dengan cuci tangan?	18 (60)	12 (40)

Berdasar tabel 1 diatas dapat dilihat bahwa tingkat pengetahuan tertinggi pada kuesioner setelah pemutaran video yaitu 30 (100%) pada nomor 1, pada nomor 4 jumlah 30 (100%) dan nilai terendah sebelum pemutaran video yaitu 14 (46,6%) pada nomor 3, pada nomor 19 jumlah 18 (60%)

**Tabel 2**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap antara hasil sebelum dan sesudah, Pemutaran Video Kendal (n=30)**

Katagori	Sebelum		Sesudah	
	f	%	f	%
Kurang	20	66,7	15	50,0
Baik	10	33,3	15	50,0
Total	30	100	30	100

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa sikap responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan dalam kategori sikap kurang sejumlah 20 responden (66,7%).Sikap responden setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang pemutaran video diperoleh hasil sikap responen dalam sikap yang sama sebanyak 50 responden (50,0%).

**2. Hasil Analisa Bivariat**

- a. Pengetahuan cuci tangan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan

**Tabel 3**  
**Distribusi frekuensi pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode Pemutaran Video terhadap Pengetahuan tentang PHBS Cuci Tangan (n=30).**

Katagori	Baik	Kurang	P value
Sebelum pendidikan kesehatan	10	20	0,046
Sesudah diberikan pendidikan kesehatan	16	14	

Berdasarkan tabel 3 menunjukan bahwa perbandingan pengetahuan sebelum dan setelah pendidikan kesehatan terdapat 20 responden yang memiliki pengetahuan kurang dan setelah dilakukan pemutaran video terdapat 16 responden dengan pengetahuan baik. Berdasarkan hasil uji Wilcoxon didapatkan p value 0,046 (p < 0,05), maka H0 ditolak dan Ha diterima, dengan demikian disimpulkan bahwa ada pengaruh antara sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan terdapat ada perbedaan dikarenakan pendidikan kesehatan yang diperoleh responden dibandingkan setelah pendidikan kesehatan pengetahuanya bertambah baik.

- b. Sikap cuci tangan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan

**Tabel 4**  
**Distribusi frekuensi pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode Pemutaran Video terhadap Sikap tentang PHBS Cuci Tangan (n=30)**

Katagori	Baik	Kurang	P value
Sebelum pendidikan kesehatan	10	20	0,025
Setelah diberikan pendidikan kesehatan	15	15	

Berdasarkan tabel 4 menunjukan bahwa perbandingan sikap sebelum dan setelah pendidikan kesehatan terdapat 20 responden yang memiliki sikap kurang dan setelah dilakukan pemutaran video terdapat 15 responden dengan sikap baik. Berdasarkan hasil uji Wilcoxon didapatkan p value 0,025 (p < 0,05), maka H0 ditolak dan Ha diterima, dengan demikian disimpulkan bahwa ada pengaruh antara sebelum dan setelah diberikan



Dari hasil penelitian tersebut, peneliti dapat mengambil pernyataan bahwa semakin tinggi pendidikan yang dimiliki seseorang akan meningkatkan pengetahuan orang tersebut sehingga sikapnya akan baik, serta menumbuhkan peran yang baik.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Pengetahuan dan sikap responden setelah mengikuti pendidikan kesehatan dengan pemutaran video memiliki pengetahuan dan sikap yang baik tentang cuci tangan. pendidikan kesehatan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap para siswa khususnya di SD Bugangin Kendal.

### Saran

pengelola SD Bugangin dapat membuat kebijakan yang lebih bersifat upaya promotif dan preventif terhadap hal-hal yang berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2007). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : PT. Ashadi Mahasatya.
- Atikah Proverawati, Eni Rahmawati. (2012). *Perilaku Hidup Bersih & Sehat (PHBS). Cetakan 1*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dayakisni, T & Hudaniah. (2006). *Psikologi Sosial*. Malang : UMM Press.
- Depkes RI. (2003). *Promosi Kesehatan dalam Pencapaian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*. From <http://www.promosi.kesehatan.com> diakses tanggal 20 Oktober 2013.
- Dinkes Propinsi Jateng. (2003). *Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*. From <http://www.dinkesjatengprov.go.id> diakses tanggal 1 April 2010.
- Dokter Sahabat Kita. (2010). *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*. From [http://www.drmiftah.blogspot.com/2010/01/01\\_archive.html](http://www.drmiftah.blogspot.com/2010/01/01_archive.html) diakses tanggal 9 November 2013
- Hidayat, AA. (2007). *Metodologi Penelitian Keperawatan & Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kurniawan, N. (2007). *Karakteristik & Kebutuhan Pendidikan Anak Usia Sekolah Dasar*. From <http://nhowitzer.multiply.com/journal/item/3> diakses tanggal 1 April 2010.
- Laela, Fauzatul. 2010. *Korelasi Antara Pemanfaatan Video Sebagai Media Pembelajaran, Motivasi Belajar Dengan Hasil Belajar Siswa Mata Pelajaran Sains Kelas V Di SDN Pakunden 2 Kota Blitar*. <http://library.um.ac.id> .diakses tanggal 28 Februari 2014.
- Maulana, H. D. J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Mubarok, W.I, Chayatin, N, Rozikin, K., Supradi. (2007). *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S . (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Riwidikdo, H. (2009). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Pres.
- Riyanto, A. 2010. *Pengolahan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Saryono. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis bagi Pemula*. Jogjakarta : Media Cendekia.
- Sugiyono.(2010). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : CV. Alfab

## *Lampiran 2*

### **SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) CUCI TANGAN 6 LANGKAH**

Topik	: Cuci Tangan 6 Langkah
Pelaksana	: Keluarga
Hari, tanggal	: 15-27 Februari 2021
Waktu	: 45 menit / 10.00 - 10.45 WIB
Tempat	: Wilayah Puskesmas Gondangrejo Kabupaten Karanganyar
Sasaran	: Keluarga dengan tahap anak usia sekolah

---

#### **A. Latar Belakang**

Cuci tangan pakai sabun (CTPS) merupakan salah satu indikator output dari strategi nasional STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat), yaitu setiap rumah tangga dan sarana pelayanan umum dalam suatu komunitas (seperti sekolah, kantor, rumah makan, puskesmas, pasar, terminal) tersedia fasilitas cuci tangan (air, sabun, sarana cuci tangan), sehingga semua orang mencuci tangan dengan benar (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Kesadaran masyarakat Indonesia untuk cuci tangan pakai sabun (CTPS) terbukti masih rendah, hal ini terlihat Hasil Riskesdas tahun 2013, pada proporsi penduduk umur >10 tahun yang berperilaku cuci tangan dengan benar tercatat 47,0%.

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu cara paling efektif untuk mencegah penyakit diare hal ini didukung hasil penelitian (Rosidi, Handarsari, & Mahmudah, 2010) dan (Rompas, Tuda, & Ponidjan, 2013) menyimpulkan bahwa ada hubungan kebiasaan cuci tangan dengan kejadian diare.

Penelitian yang dilakukan Windyastuti, Rohana, Santo (2013) mengungkapkan ada hubungan perilaku cuci tangan pakai sabun dengan kejadian diare pada anak usia sekolah, hal yang sama juga ditemukan (Utomo, Alfiyanti, & Nurahman, 2013) dalam penelitiannya mendapatkan ada hubungan antara perilaku cuci tangan pakai sabun (CTPS) dengan kejadian diare anak usia sekolah.

#### **B. Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Setelah menerima ekstensi, diharapkan di akhir proses ekstensi orang tua dan anak dapat mencuci tangan dengan benar dalam 6 langkah.

#### **B. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)**

Setelah berkonsultasi, orang tua dan anak dapat:

1. Apa artinya mencuci tangan
2. Tujuan mencuci tangan
3. Saatnya mencuci tangan
4. Langkah mencuci tangan

#### **C. Materi Pembelajaran**

1. Jelaskan arti mencuci tangan
2. Jelaskan tujuan mencuci tangan
3. Jelaskan waktu untuk mencuci tangan Anda

4. Jelaskan langkah-langkah untuk mencuci tangan Anda

5. Peragakan langkah-langkah mencuci tangan

#### **D. Metode Pembelajaran**

1. Ceramah dan presentasi

Metode ini digunakan sebagai pengantar penekanan untuk perlu mencuci tangan dengan benar dalam enam langkah.

2. Diskusi / Tanya Jawab

Metode ini digunakan untuk keluarga dan anak di desa Gondangrejo Karanganyar menyampaikan sesuatu yang belum dipahami.

#### **E. Media**

1. Media : Laptop, Power point, Leaflet

#### **F. Kegiatan Penyuluhan**

<b>Tahap</b>	<b>Waktu</b>	<b>Kegiatan penyuluhan</b>	<b>Kegiatan peserta</b>
Pendahuluan (10 menit)	10.00- 10.10 WIB	Pembukaan acara 1. Salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Kontrak waktu 4. Menjelaskan mekanisme kegiatan	Mendengarkan pembukaan yang disampaikan

Pelaksanaan (20 menit)	10.10-10.30 WIB	Menyampaikan materi oleh pemateri	Mendengarkan dan memberikan umpan balik terhadap materi yang disampaikan
	10.30-10.40 WIB	1. Sesi tanya jawab 2. Evaluasi hasil yang di pandu oleh mahasiswa	1. Mengajukan pertanyaan mengenai materi Yang kurang paham 2. Menjawab pertanyaan yang di ajukan
	10.40-10.50 WIB	Demonstrasi cuci tangan dilakukan	1. Memperhatikan 2. Ikut mencc mempraktikkan gerakan cuci tangan melakukan cuci tangan
Penutup (05 menit)	10.50-10.55 WIB	Moderator : 1. Menjelaskan kesimpulan dari materi yang di jelaskan 2. Ucapan terimakasih 3. Salam penutup	Mendengarkan dengan seksama

## **G. Penyaji**

1. Penyaji : Septiana Ika Wulandari

## **H. Evaluasi**

### 1. Evaluasi Struktur

- a. Kesiapan media dan tempat

### 2. Evaluasi Proses

- a. Kegiatan dilaksanakan sesuai dengan waktunya
- b. Klien antusias terhadap penjelasan
- c. Klien terlibat aktif dalam kegiatan diskusi

### 3. Evaluasi Hasil

- a. Klien mampu menjawab dengan benar 90%
- b. Mengetahui pokok masalah yang telah didiskusikan
- c. Klien dapat melakukan cuci tangan dengan baik dan benar
- d. Klien paham dengan pendidikan kesehatan yang telah disampaikan

## **MATERI PENYULUHAN**

### 1. Definisi mencuci tangan

Mencuci tangan adalah teknik dasar untuk mengontrol dan mengontrol tubuh. Mencegah infeksi bakteri. Mencuci tangan adalah proses membuang kotoran, bersihkan debu dari kulit tangan dengan sabun. Agen pembersih lainnya, dan bilas dengan air (Ardhiyanti et al., 2014).

### 2. Tujuan mencuci tangan

- a. Bersihkan debu

- b. Kurangi jumlah mikroorganisme yang menempel pada telapak tangan
  - c. Mencegah penyebaran mikroorganisme
3. Saatnya mencuci tangan
- a. Sebelum dan sesudah makan
  - b. Setelah mengganti pad.
  - c. Sebelum dan sesudah menyiapkan makanan, terutama sebelum dan sesudah menyimpan bahan baku seperti ternak dan produk ikan.
  - d. Setelah menangani hewan atau kotoran hewan
  - e. Setelah menyeka hidung atau bersin.
  - f. Setelah mengolah limbah, Setelah buang air kecil dan buang air kecil
4. Langkah mencuci tangan
- a. Basuh tangan dengan air
  - b. Tuangkan sabun secukupnya
  - c. Ratakan dengan kedua telapak tangan
  - d. Gosok punggung dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
  - e. Gosok kedua telapak dan sela - sela jari
  - f. Jari-jari dalam dari kedua tangan saling mengunci
  - g. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya

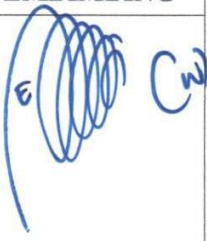
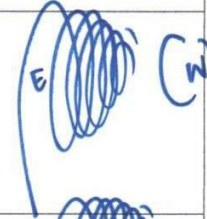
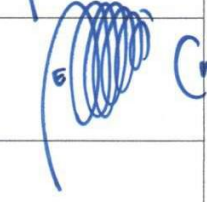
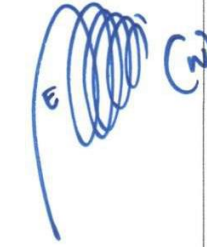
h. Bilas kedua tangan dengan air mengalir dan keringkan, Mencuci tangan dengan sabun dan air dengan menuangkan 1-3 ml sabun dan menggosok-gosokannya selama 45 – 60 detik kemudian keringkan menggunakan handuk, untuk penggunaan antiseptik hanya memerlukan waktu 20-30 detik.

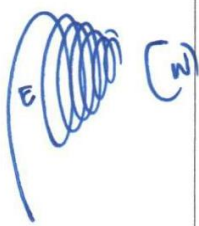
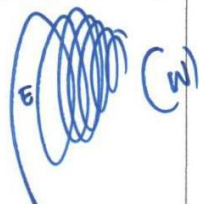
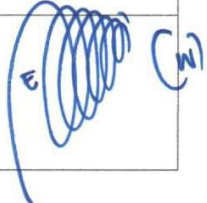


**Lampiran 3.**

**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS KUSUMA  
HUSADA SURAKARTA**

Nama Mahasiswa : Septiana Ika Wulandari  
NIM : P18165  
Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA  
TAHAP PERKEMBANGAN ANAK USIA SEKOLAH

NO	HARI/TGL	MATERI	SARAN PEMBIMBING	NAMA & TTD PEMBIMBING
1	01 Desember 2020	Konsultasi Jurnal KTI	1. ACC Jurnal 2. Menghubungi penulis Jurnal menanyakan mengenai video dan waktu pelaksanaan Pendidikan Kesehatan	
2	30 Desember 2020	Konsultasi BAB I	1. Penulisan sesuaikan dengan panduan KTI 2. Struktur kalimat yang terdiri dari S+P+O+K 3. Referensi	
3	06 Januari 2021	Konsul BAB I	1. Penulisan sesuaikan dengan panduan KTI 2. Referensi	
4	16 Januari 2021	Konsul BAB I dan BAB II	1. Penulisan sesuaikan dengan panduan KTI 2. Gunakan referensi yang seragam pada latar belakang 3. Subjudul lebih singkat, bukan panjang 4. Menentukan table pada Prioritas Diagnosa	
5	26	Konsul BAB	1. ACC BAB 1	


	Januari 2021	I dan BAB II	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Intervensi mengacu pada 5 fungsi perawatan keluarga</li> <li>3. Kerangka teori apakah betul outcomenya defisiensi pengetahuan</li> <li>4. Tambahkan definisinya</li> </ol>	
6	27 Januari 2021	Konsul BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lebih teliti dalam menyusun proposal KTI</li> <li>2. Perhatikan Buku Panduan</li> <li>3. Berikan Lampiran</li> </ol>	
7			ACC Ujian Sidang proposal dengan revisi	

**LEMBAR KONSULTASI POST SIDANG PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA**  
**FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS KUSUMA HUSADA**  
**SURAKARTA**

Nama Mahasiswa : Septiana Ika Wulandari

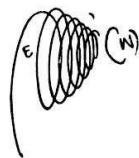
NIM : P18165

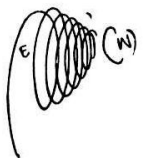
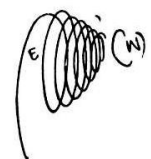
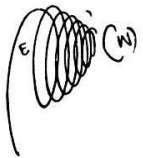
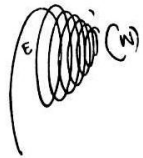
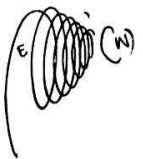
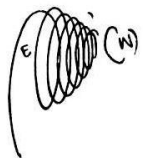
Judul Proposal KTI : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA  
 TAHAP PERKEMBANGAN ANAK USIA SEKOLAH

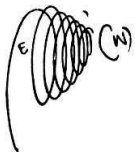
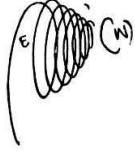
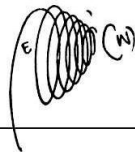
No	Hari/Tgl	MATERI	SARAN PEMBIMBING	NAMA & TTD PENGUJI
1.	Rabu, 03 Februari 2021	Revisi Draf Proposal KTI pasca sidang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagian Cover ditambahkan kata "Proposal"</li> <li>2. Membenarkan kalimat yang hilang pada latar belakang</li> <li>3. Menambahkan halaman pada daftar tabel dan daftar gambar</li> <li>4. Membenarkan Spasi pada Daftar Pustaka</li> <li>5. Membenarkan typo pada bagian BAB III</li> </ol> <p>ACC Lanjutkan ambil data</p>	

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
FALKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS KUSUMA  
HUSADA SURAKARTA**

Nama Mahasiswa : Septiana Ika Wulandari  
 NIM : P18165  
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA  
 TAHAP PERKEMBANGAN ANAK USIA SEKOLAH

NO	HARI/TGL	MATERI	SARAN PEMBIMBING	NAMA & TTD PEMBIMBING
1	Jum'at, 19 Maret 2021	Konsultasi Hasil Asuhan Keperawatan Keluarga	- Apakah tugas perkembangan keluarga sesuai dengan tugas perkembangan based on theory? -Uraikan Intake dan Output -Cek kembali DS dan DO sesuai pengkajian -Pencapaian pada 5 fungsi perawatan keluarga -Tetap ada RTL khususnya difungsi perawatan kesehatan keluarga yang ke 5	
2	Senin, 5 April	Konsultasi	Untuk bab IV	

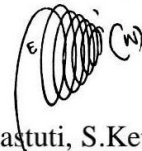
	2021	BAB IV KTI	menyesuaikan askep sesuai dengan based on askep	
3	Senin, 19 April 2021	Konsultasi Hasil Asuhan Keperawatan Keluarga	-Coment jangan dihilangkan -File berantakan	
4	Jum'at, 23 April 2021	Konsultasi Hasil Asuhan Keperawatan Keluarga	Coment jangan dihilangkan agar memudahkan dalam koreksi kembali	
5	Senin, 26 April 2021	Konsultasi Hasil Asuhan Keperawatan Keluarga	Pahami konsepnya, lihat catatan yang sudah diberikan, Revisi sesuai dengan masukan yang diberikan	
6	Selasa, 27 April 2021	Konsultasi Hasil Asuhan Keperawatan Keluarga	Perbaiki Askepnya, Cermati catatan yang sudah diberikan di Evaluasi	
7	Rabu, 28 April 2021	Konsultasi Hasil Asuhan Keperawatan Keluarga dan	-Perhatikan tahun pengutipan referensi, 10 tahun untuk buku dan 5 tahun untuk	

		BAB IV KTI	hasil penelitian Metode pembahasan yang sudah ada di buku panduan dengan menggunakan F-T-O	
8	Senin, 3 Mei 2021	Konsultasi Hasil Asuhan Keperawatan Keluarga dan BAB IV KTI	-Intervensinya dari diagnosis yang mendukung intervensi based on jurnal  - Intervensi based on jurnalnya belum disertakan  -Bahaslah apakah intervensi sudah sesuai dengan SLKI dan SIKI	
9	Selasa, 4 Mei 2021	Konsultasi BAB IV KTI	-Silahkan gunakan file yang sudah diberikan  -Silahkan sambil direvisi lengkapi draft	
10	Rabu, 5 Mei 2021	Konsultasi Draft KTI	- Pengutipan nama Penulis  - Di Utamakan	

			Jurnal Utama dalam KTI	
11	Kamis, 5 Mei 2021	Konsultasi Draft KTI	- Lengkapi lembar Konsul dan Persetujuan	

Surakarta, 5 Mei 2021

Pembimbing




( Erlina Windyastuti, S.Kep., Ns. M.Kep. )

**LEMBAR KONSULTASI POST SIDANG KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA**  
**FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS KUSUMA HUSADA**  
**SURAKARTA**

Nama Mahasiswa : Septiana Ika Wulandari

NIM : P18165

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA  
PADA TAHAP PERKEMBANGAN ANAK USIA  
SEKOLAH

No	Hari/Tgl	MATERI	SARAN PEMBIMBING	NAMA & TTD PENGUJI
1.	Senin, 10 Mei 2021	Draf KTI           ACC	1. Rapihan penulisan daftar tabel  2. Stressor keluarga, dan 5 fungsi kesehatan keluarga  3. Menyertakan tanggal kunjungan dan tindakan  4. Evaluasi sesuai dengan data SOAP	



*Lampiran 4.*

**Hasil Pengkajian (Observasi) Awal subjek sebelum pemutaran video tentang cuci tangan**

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Apakah cuci tangan adalah proses pembuangan kotoran dan debu yang menempel di tangan ?	√	
2	Apakah cuci tangan adalah tindakan membersihkan jemari-jemari dengan menggunakan air mengalir ?	√	
3	Apakah cuci tangan berfungsi untuk menghilangkan/mengurangi kuman/bakteri yang menempel di tangan ?	√	
4	Apakah cuci tangan harus menggunakan air yang bersih ?	√	
5	Apakah cuci tangan harus menggunakan sabun?		√
6	Apakah cuci tangan dilakukan setelah buang air besar?	√	
7	Apakah cuci tangan dilakukan setelah bersin, buang ingus, serta pulang berpergian?	√	
8	Apakah cara cuci tangan dengan cara menyingsingkan lengan baju dan melepaskan perhiasan yang menempel di jemari dan tangan?		√

9	Apakah dampak tidak cuci tangan akan terkena diare?	√	
10	Apakah cuci tangan dilakukan sebelum makan ?	√	
11	Apakah dampak tidak cuci tangan memakai sabun akan dapat terserang penyakit seperti batuk, seak nafas, pilek dll?	√	
12	Apakah setelah cuci tangan bisa mengurangi dampak penyakit diare?	√	
13	Apakah cuci tangan itu penting bagi kesehatan ?		√
14	Apakah perlu setelah buang air kecil melakukan cuci tangan ?		√
15	Apakah setelah memegang hewan perlu kita cuci tangan ?		√
16	Apakah menggunakan tisu basah sama dengan cuci tangan?	√	

**Hasil Evaluasi observasi sesudah pemutaran video  
tentang pengetahuan PHBS dengan cara cuci tangan dengan benar**

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Apakah cuci tangan adalah proses pembuangan kotoran dan debu yang menempel di tangan ?	√	
2	Apakah cuci tangan adalah tindakan membersihkan jemari-jemari dengan menggunakan air mengalir ?	√	
3	Apakah cuci tangan berfungsi untuk menghilangkan/mengurangi kuman/bakteri yang menempel di tangan ?	√	
4	Apakah cuci tangan harus menggunakan air yang bersih ?	√	
5	Apakah cuci tangan harus menggunakan sabun?	√	
6	Apakah cuci tangan dilakukan setelah buang air besar?	√	
7	Apakah cuci tangan dilakukan setelah bersin, buang ingus, serta pulang berpergian?	√	
8	Apakah cara cuci tangan dengan cara menyingsingkan lengan baju dan melepaskan perhiasan yang menempel di jemari dan tangan?	√	
9	Apakah dampak tidak cuci tangan akan terkena diare?	√	

10	Apakah cuci tangan dilakukan sebelum makan ?	√	
11	Apakah dampak tidak cuci tangan memakai sabun akan dapat terserang penyakit seperti batuk, seak nafas, pilek dll?	√	
12	Apakah setelah cuci tangan bisa mengurangi dampak penyakit diare?	√	
13	Apakah cuci tangan itu penting bagi kesehatan ?	√	
14	Apakah perlu setelah buang air kecil melakukan cuci tangan ?	√	
15	Apakah setelah memegang hewan perlu kita cuci tangan ?	√	
16	Apakah menggunakan tisu basah sama dengan cuci tangan?	√	

*Lampiran 5.*

*INFORM CONSENT*

Berikut ini naskah yang akan dibacakan pada subyek studi kasus (pasien):

Kepada: Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i

Di tempat

Dengan Hormat,

Perkenalkan nama saya Septiana Ika Wulandari, Mahasiswi Progam Studi Keperawatan Progam Diploma Tiga dari Universitas Kusuma Husada Surakarta guna melaksanakan tugas akhir, dengan ini melaksanakan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah”.

Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah. Hasil studi kasus ini bermanfaat pengembangan pelayanan keperawatan terkait dengan pemberian keperawatan terkait dengan asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan anak usia sekolah. Saya memohon dengan kerendahan hati kepada Bapak/Ibu/Saudara/i, bahwa studi kasus ini nantinya akan dilakukan tindakan pemberian pendidikan kesehatan mencuci tangan dengan sabun. Serta akan dilakukan wawancara, observasi, dan dilakukan pemeriksaan fisik. Tindakan ini tidak menimbulkan dampak bahaya bagi pasien.

Apabila ada hal yang belum jelas Bapak/Ibu/Saudara/i silahkan bertanya dan jika sudah memahami dan bersedia, Bapak/Ibu/Saudara/i dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Demikian penjelasan dari saya. Terima kasih atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu/Saudara/i dalam studi kasus ini. Setelah mendengar dan memahami penjelasan, dengan ini saya menyatakan:

SETUJU / ~~TIDAK SETUJU~~\*

Sebagai subjek studi kasus dan berpartisipasi dalam studi kasus ini secara ikhlas tanpa paksaan dari siapapun.

Surakarta, 17 Februari 2021

Mahasiswa



(SEPTIANA IKA W)

Subjek Studi Kasus



( Ny. R )

***Lampiran 6.***

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama	: Septiana Ika Wulandari
Tempat, Tanggal Lahir	: Klaten, 17 September 2000
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat Rumah	: Ringin Putih, Karangdowo, Klaten
Riwayat Pendidikan	: 1. SD Negeri 3 Ringin Putih 2. SMP Negeri 1 Karangdowo 3. SMA Negeri 1 Weru
Riwayat Pekerjaan	: -
Riwayat Organisasi	: 1. KSR (Korps Sukarela)

Lampiran 7.

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA  
PADA Tn. M DENGAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA  
USIA ANAK SEKOLAH

A. PENGKAJIAN

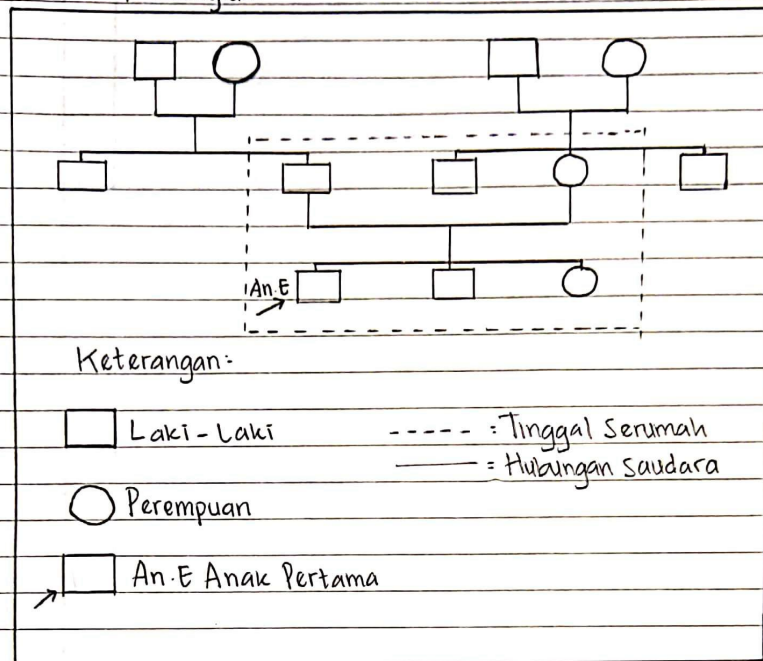
1. DATA UMUM

1. Nama KK = Tn. M
2. Umur = 37 tahun
3. Alamat = Karanganyar
4. Pekerjaan KK = Penjahit
5. Pendidikan KK = SMA
6. Komposisi keluarga = 5 orang

N o	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan KK	Umur	Tempat / Tanggal Lahir	Pekerjaan	Pendidikan
1	Tn. M	Laki-Laki	Ayah/ Kepala Keluarga	37 th	Karanganyar, 27 Mei 1984	Penjahit	SMA
2	Ny. R	Perempuan	Istri	34 th	Sukoharjo, 6 September 1987	Karyawan Swasta	SMA
3	An. E	Laki-Laki	Anak	10 th	Karanganyar, 30 Juli 2010	-	SD
4	An. R	Laki-Laki	Anak	6 th	Karanganyar, 5 November 2014	-	SD
5	An. N	Perempuan	Anak	10 bulan	Karanganyar, 8 Mei 2020	-	-



## 7. Genogram



## 8. Tipe Keluarga

Tipe Keluarga Tn.M adalah keluarga inti yaitu dalam satu keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak.

## 9. Latar Belakang Budaya

### a. Suku bangsa

Tn.M dan Ny.P berasal dari suku yang sama yaitu suku Jawa. Budaya Tn.M mengikuti kebiasaan serta budaya suku Jawa. Ny.P mengatakan keluarganya tidak memiliki kebiasaan khusus yang mempengaruhi status kesehatan keluarga yang diajarkan turun-temurun.

### b. Bahasa yang digunakan

Seluruh keluarga Tn.M dalam kesehariannya berkomunikasi dengan bahasa Jawa.

## 10. Identifikasi Religius

Seluruh keluarga Tn.M beragama Islam. Kegiatan ibadah keagamaan keluarga Tn.M yaitu sholat lima waktu. Menurut keluarga Tn.M, agama berperan sangat penting dalam kehidupan mereka, bahkan dalam hal kesehatan. Ketika ada anggota keluarga yang sedang sakit, keluarga yang selalu

mendoakan untuk kesembuhan anggota keluarga yang sakit tersebut.

#### 11. Status Sosial Ekonomi

a. Kelas Social = Keluarga sejahtera

b. Penanggung jawab ekonomi = Tn. M dibantu dengan istrinya yakni Ny. R.

c. Dukungan ekonomi = Ny. R mengatakan selalu mendukung penuh apapun pekerjaan Tn. M selagi masih halal pekerjaannya.

d. Jumlah Pendapatan = Tn. M mengatakan pendapatan selama satu bulan kurang lebih Rp 3.500.000 berdua dengan Ny. R.

e. Fungsi ekonomi = Ny. R mengatakan penghasilan yang didapatkan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan jika ada sisa maka ditabung.

#### 12. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Keluarga Tn. M tidak memiliki jadwal khusus untuk rekreasi keluarga, hanya sesekali anaknya mengajak berwisata. Waktu liburan biasanya disesuaikan dengan jadwal liburan anak sekolah, tetapi sekarang jarang dilakukan, hanya jika ada waktu saja keluarga pergi rekreasi.

#### 11. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

##### 13. Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Keluarga Tn. M sekarang pada tahap keluarga dengan anak usia sekolah. Tugas perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah yang dilakukan oleh keluarga antara lain:

a) Membantu proses belajar An. E dan An. R untuk memperoleh ketrampilan fisik dan membentuk karakter yang baik.

b) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan

14. Tugas Perkembangan keluarga yang Belum Terpenuhi  
Tugas perkembangan yang belum terpenuhi pada keluarga Tn.M adalah pembagian waktu individu, pasangan dan anak. Karena sering kali anak-anak Tn.M merasa kurang diperhatikan oleh kedua orang tua karena kesibukan orang tua dalam bekerja.

15. Riwayat Kesehatan Keluarga Saat ini

a. Riwayat Kesehatan Keluarga Saat ini

Ny. R mengatakan saat ini setiap anggota keluarganya dalam keadaan sehat-sehat saja, hanya saja terkadang anaknya mengeluh perutnya sakit karena tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah makan atau beraktivitas.

b. Riwayat kesehatan keluarga Sebelumnya

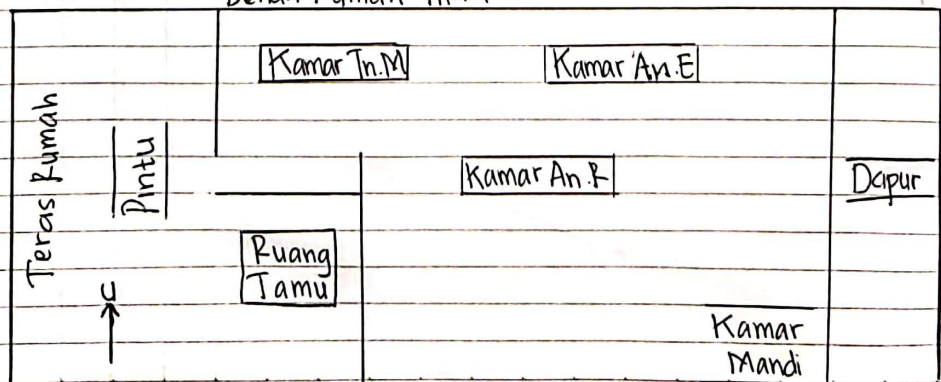
Ny. R mengatakan bahwa An.E dan An.R dulu pernah mengalami diare selama 3 hari.

### III. LINGKUNGAN

16. Karakteristik Rumah:

Rumah yang ditinggali Tn. M sekeluarga adalah rumah permanen peninggalan orang tua Tn. M yang berukuran  $12 \times 7 \text{ m}^2$ . Rumah Tn. M memiliki satu teras, 3 kamar tidur, satu dapur, satu kamar mandi. Ventilasi udara di rumah Tn. M hanya ada 2 ventilasi udara.

Denah Rumah Tn. M



#### 17 Karakteristik Tetangga Dan Komunitas

Dilingkungan keluarga Tn.M selalu mengadakan kegiatan gotong royong, serta mengadakan yasinan setiap malam jumat. Kehidupan bertetangga terlihat rukun dan harmonis.

#### 18 Mobilitas Geografi Keluarga

Saat ini, keluarga Tn.M sudah tinggal menetap di rumah yang sekarang selama 10 tahun dan tidak berniat untuk pindah. Rumah Tn.M dibangun di atas tanah milik orang tuanya, kepemilikan tanah sudah jadi milik Tn.M.

#### 19 Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Dasar

Ny.R mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit langsung memeriksakan ke layanan kesehatan terdekat, dan terkadang juga hanya membeli obat di warung.

#### 20 Persepsi Keluarga tentang Tenaga Kesehatan

Ny.R mengatakan bahwa tenaga kesehatan sangatlah berperan penting bagi masyarakat.

#### IV. STRUKTUR KOMUNIKASI KELUARGA

##### 23. Pola komunikasi keluarga

Keluarga berkomunikasi secara terbuka, menggunakan basa jawa, komunikasi secara langsung di dalam rumah, frekuensinya tergantung pertemuan setiap anggota keluarga.

##### 24. Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga dipegang oleh Kepala keluarga. Keputusan yang diambil dalam keluarga dipegang oleh Tn.M.

Model kekuatan menggunakan musyawarah dan terkadang langsung diambil keputusan oleh kepala keluarga.

##### 25. Struktur Peran

###### 1) Tn.M

Sebagai kepala keluarga, bertanggung jawab dalam mencari nafkah untuk kebutuhan sehari-hari dalam rumah tangga.

###### 2) Ny.R

Sebagai istri, mengurus anak dan bekerja untuk membantu Tn.M

###### 3) An.E

Sebagai anak pertama dan sekarang sedang sekolah di bangku kelas 5 SD

###### 4) An.R

Sebagai anak kedua dan sekarang masih berumur 6 tahun

###### 5) An.N

Sebagai anak ketiga dan sekarang masih berumur 10 bulan.

## 26. Nilai dan Norma budaya

Keluarga cukup taat dalam melaksanakan kewajiban agamanya yaitu ibadah sholat lima waktu dan mengikuti pengajian. Dalam keluarga saling menghargai satu sama lain khususnya yang muda cukup menghormati dan menghargai yang lebih tua.

## V. FUNGSI KELUARGA

### 27. Fungsi Afektif

Keluarga merasakan perasaan saling memiliki setiap anggota keluarga, serta berusaha mengembangkan sikap saling menghargai.

### 28. Fungsi Sosialisasi

#### a) Kerukunan hidup dalam keluarga

Keluarga merasakan perhatian, cukup rukun dan perhatian dalam membina hubungan rumah tangga

#### b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

Interaksi dalam keluarga cukup baik

#### c) Anggota keluarga yang dominan dalam mengambil keputusan

Keluarga yang dominan mengambil keputusan Tn. M

#### d) Kegiatan keluarga waktu senggang

Menonton tv dirumah atau berpergian ke tempat wisata atau makan bersama keluarga diluar.

#### e) Partisipasi dalam kegiatan sosial

Kegiatan gotong royong setiap bulan dan yasinan setiap minggunya.

### 29. Fungsi Keperawatan Kesehatan

Disini keluarga sudah mengetahui masalah kesehatan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga. Keluarga sudah mengambil keputusan dalam masalah kesehatan yang terjadi dan pergi ke puskesmas atau mantri untuk mengatasi masalah kesehatannya.

### 30. Fungsi Reproduksi

#### a) Perencanaan jumlah anak

3 orang anak

#### b) Akseptor yang digunakan Pil KB lamanya sekitar 4 bulan terakhir.

### 31. fungsi Ekonomi

#### a) Upaya pemenuhan sandang pangan

Upaya pemenuhan kebutuhan sandang pangan di penuhi oleh Tn M dan Ny R.

#### b) Pemanfaatan sumber di masyarakat

Masyarakat lingkungan dan sekitar lainnya sebagai pelanggan dalam membeli kebutuhan alat rumah tangga.

## VI STRESS DAN KOPING KELUARGA

### 32. Stresor Jangka Pendek

Ny R mengeluarkan biaya awal sekolah anak pertamanya dan memenuhi kebutuhan ketiga anaknya.

### Stresor Jangka Panjang

Penyakit hipertensi yang seringkali mengganggu Tn M.

### 33. Kemampuan Keluarga Berespon Terhadap Masalah

Untuk mengatasi masalah yang dihadapi, keluarga hanya berusaha membicarakan masalah dan saling memberikan nasehat.

### 34. Harapan keluarga terhadap Petugas kesehatan

Keluarga berharap dengan kedatangan mahasiswa berkunjung ke rumahnya adalah keluarga dapat mengetahui status kesehatan keluarga. Ny R berharap anaknya terhindar dari penyakit diare dan bisa menerapkan cuci tangan di sekehariannya.

## VII PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

	Tn.M	Ny.R	An.E	An.P	An.N
frekuensi	3x sehari	3x sehari	3x sehari	3x sehari	3x sehari
Komposisi	Nasi, lauk pauk, sayur	Nasi, lauk pauk, sayur	Nasi, lauk pauk, sayur	Nasi, lauk pauk, sayur	Susu dan bubur bayi
Kebutuhan	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Porsi	Satu porsi	Satu porsi	Setengah porisi	Satu porsi	Setengah porisi

Pemenuhan Cairan Keluarga

	Tn.M	Ny.R	An.E	An.R	An.N
Kebutuhan	Terpenuhi	Terpenuhi	Terpenuhi	Terpenuhi	Terpenuhi
	Makan: 1000 cc	Makan: 1000 cc	Makan: 800 cc	Makan: 900 cc	Makan: 600 cc
	Minum: 1500 cc	Minum: 1400 cc	Minum: 1200 cc	Minum: 1000 cc	Minum: 1300 cc
Intake	= 2.500 cc	= 2.400 cc	= 2.000 cc	= 1.900 cc	= 1.900 cc
Output	Urine: 600 cc	Urine: 500 cc	Urine: 400 cc	Urine: 400 cc	Urine: 400 cc
	Feses: 300 cc	Feses: 300 cc	Feses: 200 cc	Feses: 150 cc	Feses: 50 cc
	IWL: 16 cc x 80 kg	IWL: 16 cc x	IWL: 16 cc x	IWL: 16 cc x	IWL: 16 cc x 8 kg
	= 1.280 cc	50 kg = 800 cc	30 kg = 480 cc	28 kg = 448 cc	= 128 cc
	CK: 900 cc +	CK = 800 cc +	CK = 600 cc	CK = 550 cc +	CK = 450 cc +
1.280 = 2.180 cc	800 cc =	+ 480 cc	448 cc =	128 cc = 578 cc	
		1.600 cc	= 1.080 cc	998 cc	
Balance	Intake Cairan - Output Cairan	Intake Cairan - Output Cairan	Intake Cairan - Output Cairan	Intake Cairan - Output Cairan	Intake Cairan - Output Cairan
	2.500 cc - 2.180 cc = 320 cc	2.400 cc - 1.600 = 800 cc	2000 cc - 1080 = 920 cc	1900 cc - 998 cc = 902 cc	1900 cc - 578 cc = 1.322 cc

## Istirahat dan Tidur keluarga

	Tn. M	Ny. R	An. E	An. R	An. N
frekuensi	1x malam hari	1x malam hari	2x malam dan siang	2x malam dan siang	2x siang dan malam
Lama	7 jam	6,5 jam	8 jam di malam, 2 jam pada siang	8 jam di malam, 2 jam pada siang	7 jam di malam 3 jam pada siang
Kualitas	nyenyak	Sering terbangun	nyenyak	nyenyak	Sering terbangun
Kebiasaan sebelum tidur	nonton tv	nonton tv	belajar	belajar	main mainan
Masalah	-	Sering terbangun	-	-	Sering terbangun

## Aktivitas

	Tn. M	Ny. R	An. E	An. R	An. N
ROM	aktif	aktif	aktif	aktif	aktif
Mobilisasi	melakukan aktivitas dengan bekerja	melakukan aktivitas dengan bekerja	melakukan aktivitas bermain	melakukan aktivitas bermain	bermain mainan
frekuensi dan lama olahraga	-	Jarang melakukan olahraga	1x Seminggu 1,5 jam	1x Seminggu 1,5 jam	-
Masalah	-	-	-	-	-



Eliminasi (BAB dan BAK)					
	Tn.M	Ny.R	An.E	An.R	An.N
Karakteristik urine	Cair, kuning keruh	Cair, kuning	Cair, kuning jernih	Cair, kuning jernih	Cair, kuning jernih
Karakteristik feses	Padat, kuning kechoklatan	Padat, kuning kechoklatan	Padat, kuning kechoklatan	Padat, kuning kechoklatan	
Masalah	-	-	-	-	-

### Personal Hygiene

	Tn.M	Ny.R	An.E	An.R	An.N
Mandi	2x Sehari	2x sehari	2x sehari	2x sehari	2x sehari
Sikat Gigi	2x Sehari	2x Sehari	2x sehari	2x sehari	2x sehari
Potong kuku	2 minggu 1x	Seminggu 1x	Seminggu 1x	Seminggu 1x	Seminggu 1x
Keramas	Setiap hari	2 hari 1x	2 hari 1x	2 hari 1x	3 hari 1x

### VIII PEMERIKSAAN FISIK

#### Tanda-tanda Vital

TTV	Tn.M	Ny.R	An.E	An.R	An.N
TD	110/80 mmHg	110/80 mmHg	-	-	-
Nadi	90x/menit	75x/menit	94x/menit	90x/menit	93x/menit
RR	21x/menit	20x/menit	23x/menit	22x/menit	24x/menit
Suhu	36,8°C	37°C	36°C	36,9°C	36°C

#### Pemeriksaan fisik

Bagian	Tn.M	Ny.R	An.E	An.R	An.N
Kepala	Rambut hitam pendek, lurus, tidak ada kotoran, bersih tidak ada luka	Rambut hitam, panjang lurus, tidak rontok, bersih	Rambut hitam, pendek tidak rontok, bersih	Rambut hitam, pendek bersih, tidak rontok	Rambut hitam, pendek, tidak rontok, bersih
Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

DADA					
PARU-PARU					
Inspeksi	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Palpasi	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Perkusi	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Auskultasi	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
JANTUNG					
Inspeksi	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Palpasi	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Perkusi	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Auskultasi	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Abdomen	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
EKSTREMITAS					
Kekuatan otot	Skala 5	Skala 5	Skala 5	Skala 5	Skala 5
ROM	kanan kiri aktif	kanan kiri aktif	kanan kiri aktif	kanan kiri aktif	kanan kiri aktif
Perubahan bentuk tulang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Perabaan Akral	Hangat	Hangat	Hangat	Hangat	Hangat

#### IX DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

NO	Data	Masalah Keperawatan
1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan tidak mengetahui apa itu PHBS cuci tangan</li> <li>- An. E mengatakan belum mengetahui cara mencuci tangan dengan baik dan benar.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat melakukan pengkajian ke rumah, tampak An. E habis bermain di luar rumah langsung memegang makanan dan tidak mencuci tangan terlebih dahulu.</li> <li>- Di luar rumah tampak tidak ada tempat untuk cuci tangan</li> </ul>	Defisit Pengetahuan pada keluarga Tn. M (D.011)

2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan jarang sekali memeriksakan kesehatannya ke layanan kesehatan</li> <li>- Ny. R mengatakan menyuruh anaknya mencuci tangan tetapi tidak mengecek apakah sudah benar</li> </ul> <p>Do:</p> <p>An. E terlihat tidak memperhatikan kesehatan dengan cuci tangan setelah bermain.</p>	<p>Manajemen Kesehatan tidak efektif berhubungan ketidak efektifan pola perawatan kesehatan keluarga (D.0116)</p>
---	--	---

X PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN  
a Defisit Pengetahuan

NO	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah: Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	An. E tidak mengetahui cara mencuci tangan dengan benar, dan Ny. R tidak mengetahui apa itu PHBS cuci tangan
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	An. E sudah mulai belajar untuk mencuci tangan dengan benar
3	Potensial untuk dicegah: Tinggi	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	An. E sering kali melupakan cuci tangan sebelum makan dan setelah melakukan aktivitas.
4	Menonjolnya Masalah: Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	An. E dan Ny. R mengetahui resiko jika tidak mencuci tangan dengan sabun beresiko tertular diare, batuk dan flu.
	Jumlah			5	

b. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif

NO	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah: Fisiko	2	3	$2/3 \times 1 = 2/3$	Keluarga Tn.M mengetahui jika An.E sering bermain di luar rumah dan tidak mencuci tangan dan tidak memberitau untuk mencuci tangan
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Keluarga Tn.M sekarang lebih menyuh an.E untuk mencuci tangan setelah bermain.
3	Potensial untuk di cegah: Cukup	2	3	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah ini dirasakan cukup lama oleh keluarga Tn.M
4	Menonjolnya Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	2	2	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga Tn.M mengetahui bahwa An.E tidak pernah mencuci tangan setelah bermain di luar rumah.
	Jumlah			2 4/3	

XI PERENCANAAN

NO	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria Verbal	Standar Evaluasi	Intervensi
1	Setelah dilakukan 4x kunjungan ke keluarga diharapkan tingkat pengetahuan meningkat: a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	keluarga mampu mengenal masalah kesehatan yang dialami	Respon Verbal	Keluarga dapat mengenal masalah yang terjadi pada salah satu anggota keluarganya dengan menyebutkan respon dari kondisi saat ini	Edukasi Proses Penyakit (1-12443) O- Identifikasi keastapan dan kemampuan keluarga menerima PHBS tentang hipertensi. T- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan PHBS Cuci tangan E- Jelaskan penyebab dan factor risiko penyakit



c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat				
	keluarga mampu mengambil keputusan untuk masalah kesehatannya	Respon Verbal	Keluarga dapat mengetahui cara mencuci tangan dengan baik dan benar	Konsultasi (T. 12461) O- Identifikasi masalah yang menjadi focus konsultasi T- Fasilitasi memutuskan pilihan alternatif solusi. E- Jelaskan alternative solusi yang dapat dilakukan oleh pasien/ keluarga.
	keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Psikomotorik	Keluarga dapat memahami proses penyakit dan perubahan kesehatan keluarga.	Edukasi Kesehatan (I. 12383) O- Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat cuci tangan T- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan E- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat mencuci tangan
	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Psikomotorik	Keluarga dapat memahami sumber ketidaknyamanan lingkungan	Edukasi Keselamatan lingkungan (I. 12384) O- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

					T= Berikan kesempatan untuk bertanya E= Ajarkan individu dan anggota beresiko tinggi tentang bahaya lingkungan
		keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan	Psikomotorik	Keluarga dapat memahami pemenuhan kebutuhan kesehatan Individu	Bimbingan Sistem Kesehatan (1.12360) O=Identifikasi masalah kesehatan Individu dan keluarga T=fasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan E= Bimbing untuk bertanggung jawab mengidentifikasi masalah kesehatan.
2	Setelah di - lakukan kunjungan 4x kunjungan di - harapkan klien dan keluarga diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat, dengan kriteria hasil - a. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat	Keluarga mampu mengenal masalah yang terjadi dikeluarganya	Respon Verbal	Keluarga In-M dapat memahami masalah kesehatan	Promosi literasi Kesehatan (1.12471) O=Identifikasi gaya belajar pasien T= Gunakan strategi yang tepat dalam pencapaian informasi E=Anjurkan bertanya jika terdapat informasi yang kurang jelas.

b. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat	1				
c. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko menuan					
	Keluarga mampu membuat keputusan	Respon Verbal	keluarga mampu mengambil keputusan sesuai informasi yang tepat	Konseling (1-10334) O: Identifikasi kemampuan dan beri penguat T: Tetapkan tujuan dan lama hubungan konseling E: Anjurkan mengganti kebiasaan maladaptif menjadi adaptif	
	Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang memiliki gangguan kesehatan	Psikomotorik	keluarga dapat memahami penanganan penyakit	Dukungan keluarga melakukan perawatan (1-13477) O: Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga T: Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga E: Anjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga	
	keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Psikomotorik	keluarga dapat memahami sumber ketidaknyamanan yang berasal lingkungan	Dukungan pemeliharaan rumah (1-144501) O: Identifikasi faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pemeliharaan rumah	

					T: Dukungan anggota keluarga dalam menetapkan tujuan yang dapat dicapai terkait pemeliharaan rumah E: Ajarkan strategi menciptakan lingkungan rumah.
		Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	Psikomotorik	keluarga dapat memahami pemenuhan kebutuhan kesehatan Individu	Bimbingan Sistem Kesehatan (1-12360) O: Identifikasi masalah kesehatan individu dan keluarga T: fasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan E: Bimbing untuk bertanggung jawab mengidentifikasi masalah kesehatan

## XII IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

### Implementasi Hari 1.

Tanggal	NO Bx	Implementasi	Respon	TTD
Rabu, 17 Februari 2021	1	Mengidentifikasi masalah yang menjadi fokus konsultasi	S: Ny R mengatakan ingin ber-konsultasi mengenai PHBS Cuci tangan pada An E O: Ny-R menanyakan tentang apa itu PHBS Cuci tangan	
11:00 WIB	1	Memfasilitasi mem-busulkan pilihan alter-native solusi	S: Ny R mengatakan setuju dengan apa yang disarankan oleh perawat O: Pasien tampak menganggu-k setu-gu.	
	1	Menjelaskan alterna-tive solusi yang dapat dilakukan oleh keluarga	S: Ny R mengatakan paham menge-nai perilaku untuk mencegah penyakit dan kuman bakteri O: Ny R tampak mendengarkan.	



	2	Mengidentifikasi kemampuan dan beri penguat	S: Ny R mengatakan anaknya An E mampu untuk dilakukan latihan mencuci tangan dengan baik dan benar. O: Ny R dan An E tampak bersedia untuk dilakukan latihan mencuci tangan dengan baik dan benar.	<i>[Signature]</i>
	2	Menetapkan tujuan dan lama hubungan konseling	S: Ny R mengatakan tujuan untuk mencegah penyakit dan kuman, bakteri An E dan dilakukan selama 10 menit untuk konselingnya.	<i>[Signature]</i>
	2	Menganjurkan mengganti kebiasaan mal adaptif menjadi adaptif	S: Ny R dan An E mengatakan akan mengubah kebiasaan buruknya dan akan mengganti dengan kebiasaan yang baik. O: Ny R dan An E tampak bersedia.	<i>[Signature]</i>

Implementasi Hari ke 2

Tanggal	No Dx	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
Jum'at 19 Februari 2021 10.30 WIB	1	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	S: Keluarga Tn-M mengatakan sudah siap untuk menerima informasi O: Keluarga Tn-M tampak antusias	<i>[Signature]</i>
	1	Memberikan kesempatan untuk bertanya	S: Keluarga Tn-M mengatakan paham akan penjelasan tentang bahaya lingkungan disekitarnya dari hal yang kecil yaitu menggosok gigi. O: Keluarga Tn-M bisa menjawab pertanyaan yang diajukan perawat kembali	<i>[Signature]</i>

	1	Mengajarkan individu dan kelompok beresiko tinggi tentang bahaya lingkungan	S: Keluarga Tn M mengatakan paham terkait bahayanya lingkungan yang tidak terjaga dengan baik seperti mencuci tangan. O: Keluarga Tn M tampak kooperatif	<i>Alif</i>
	2	Mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pemeliharaan rumah	S: Keluarga Tn M mengatakan tidak ada gangguan dalam pemeliharaan rumah. O: Keluarga Tn M tampak menurun untuk mengurangi faktor resiko	<i>Alif</i>
	2	Mendukung anggota keluarga dalam menetapkan tujuan yang dapat dicapai terkait pemeliharaan rumah.	S: Keluarga Tn M mengatakan selalu menjaga kebersihan untuk pemeliharaan rumahnya O: Aktivitas keluarga Tn M mengatasi resiko masalah kesehatan meningkat.	<i>Alif</i>
	2	Mengajarkan Strategi menciptakan lingkungan rumah	S: Ny. R mengatakan sudah paham untuk menciptakan lingkungan rumah tetap terjaga. O: Keluarga Tn M tampak kooperatif	<i>Alif</i>

### Implementasi Hari ke 3

Tanggal	NO DA	Implementasi	Respon	TID
Selasa 23 Februari 2021 09.00 WIB	1	Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan)	S: Keluarga Tn M mengatakan semenjak mengetahui anaknya tidak mencuci tangan menyuruh untuk rajin mencuci tangan. O: Keluarga Tn M menjelaskan apa yang membuat anak rajin berperilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan).	<i>Alif</i>

	1	Mengjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	S= Keluarga Tn M mengatakan akan belajar hari ini di jam 10.00 wib O= Klien menentukan jadwal belajar hari ini di jam 10-00 wib	✓
	1	Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan)	S= Keluarga Tn M khususnya An E mengatakan paham dan mengerti cara mencuci tangan yang baik dan benar O= Perilaku keluarga Tn M khususnya An E sesuai dengan pengetahuan meningkat.	
	2	Mengidentifikasi gaya belajar pasien	S= Ny B mengatakan anaknya belajar dengan baik dengan cara yang menarik untuk dirinya seperti melihat video O= Ny R dan An E tampak menjelaskan gaya belajar yang diinginkan	✓
	2	Menggunakan strategi yang tepat dalam pencapaian informasi	S= Keluarga Tn M mengatakan informasi yang disampaikan melalui video O= keluarga Tn M tampak kooperatif	✓
	2	Menganjurkan untuk bertanya jika terdapat informasi yang kurang jelas	S= Keluarga Tn M mengatakan informasi yang dijelaskan sudah paham dan tidak ada yang ditanyakan O= Kemampuan keluarga Tn M menjelaskan mengetahui suatu topik meningkat dibuktikan dengan saat diberikan pertanyaan kembali bisa menjawab dengan benar	✓
	1	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	S= Keluarga Tn M mengatakan sudah siap untuk menerima informasi O= Keluarga Tn M tampak antusias	✓

		1	Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	S= keluarga Tn.M mengatakan materi yang disampaikan melalui media video dapat dengan mudah dipahami O= Kemampuan keluarga Tn.M menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	✓
		1	Memberikan kesempatan untuk bertanya	S= Keluarga Tn.M mengatakan sudah paham dan tidak ada yang ditanyakan O= Keluarga Tn.M bisa menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat kembali	✓
		1	Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit	S= Keluarga Tn.M mengatakan sudah paham O= Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyebab dan faktor resiko meningkat	✓


Implementasi Hari ke 4

Tanggal	NO Dx	IMPLEMENTASI	RESPON	TD
Selasa 23 Februari 2021 13.00 WIB	102	Mengidentifikasi masalah kesehatan individu dan keluarga	S= Ny.R mengatakan di anggota keluarganya tidak ada yang mengalami masalah serius O= Ny.R menjelaskan bahwa tidak ada masalah serius.	✓
	102	Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan	S= Ny.R mengatakan akan membawa ke pelayanan kesehatan jika anggota keluarga ada yang sakit O= Ny.R tampak paham	✓

	1 x 2	Membimbing untuk bertanggung jawab mengidentifikasi masalah kesehatan	S = Keluarga Tn.M mengatakan akan mengikuti saran dari perawat O = keluarga Tn.M tampak paham	
--	-------	---	--	--

### XIII. EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	NO	EVALUASI KEPERAWATAN	TTD
Selasa 23 Februari 2021	1	<p>S-</p> <p>a. Keluarga Tn.M mengatakan sudah mengerti tentang PHBS cuci tangan</p> <p>b. Ny. R mengatakan sudah lebih mengetahui bagaimana cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>c. Ny. R mengatakan sudah lebih mengetahui tentang manfaat cuci tangan dan kerugian jika tidak melakukan cuci tangan.</p> <p>d. Ny. R mengatakan sudah mengerti tentang PHBS</p> <p>O:</p> <p>a. Keluarga Tn.M terlihat lebih paham dan tidak bingung lagi</p> <p>b. Ny. R bisa menjawab apa yang ditanyakan oleh perawat</p> <p>A: Masalah defisit Pengetahuan teratasi</p> <p>a. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan yang di alami</p> <p>b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk masalah kesehatannya</p> <p>c. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>d. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>P= Hentikan Intervensi</p> <p>a. Evaluasi perilaku mencuci tangan dengan sabun</p> <p>b. Evaluasi perilaku mengasub makanan</p> <p>c. Motivasi keluarga untuk terus menjaga kesehatan anggota keluarga.</p>	

	2	S:	
		a. Keluarga Tn.M mengatakan mengerti dan paham tentang mengenal masalah yang terjadi pada keluarga	
		b. Tn.M mengatakan bahwa keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan membawa ke layanan kesehatan.	
		c. Tn.M mengatakan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.	
		O: Keluarga Tn.M terlihat lebih paham dalam mengenal masalah dalam keluarga dan mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.	
		A: Masalah Manajemen Kesehatan tidak Efektif teratasi	
		a. Keluarga mampu mengenal masalah yang terjadi dikeluarganya	
		b. Keluarga mampu membuat keputusan	
		c. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	
		d. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	
		e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.	
		P: Hentikan Intervensi	
		a. Motivasi keluarga untuk terus menjaga kebersihan lingkungan, khususnya sanitasi dan pencahayaan	
		b. Motivasi keluarga untuk menggunakan tenaga kesehatan saat anggota keluarga ada yang sakit	
		c. Observasi kesehatan rumah keluarga Tn.M	
		d. Motivasi keluarga untuk memelihara rumah yang sehat	

*Lampiran 8. Dokumentasi*

