


**MODUL PRAKTIK KLINIK
KEPERAWATAN KELUARGA**



Penyusun:

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


**PRODI STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA**

	STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA	No. Dokumen :
		Tanggal Terbit :
	MODUL PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN KELUARGA	No. Revisi : 00
		Halaman : 1-50

MODUL PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN KELUARGA

PENGESAHAN		
Disahkan Oleh:	Diperiksa Oleh:	Disiapkan Oleh:
Setiyawan, S.Kep, Ns, M.Kep	Anita Istiningtyas, S.Kep. Ns., M.Kep	Erlina Windyastuti, S.Kep, Ns, M.Kep

PERINGATAN
<p><i>Dokumen ini adalah Milik UNIVERSITAS KUSUMA HUSADA SURAKARTA Dan TIDAK DIPERBOLEHKAN dengan cara dan alasan apapun membuat salinan</i></p> <p><i>Tanpa seijin Ketua Penjaminan Mutu</i></p>
<p>Alamat : Jl. Jaya Wijaya No. 11 Kadipiro Banjarsari Surakarta Telepon : 0271 857724</p>

	STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA	No. Dokumen	:	
		Tanggal Terbit	: 4 Januari 2020	
	MODUL PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN KELUARGA	No. Revisi	:	00
		Halaman	:	1-50

LEMBAR PERSETUJUAN

Proses	Penanggungjawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda tangan	
1. Perumusan	Erlina Windyastuti, S.Kep, Ns, M.Kep	Dosen Prodi D3 Keperawatan		
2. Pemeriksaan	Erlina Windyastuti, S.Kep, Ns, M.Kep M.Kep	Ka Prodi D3 Keperawatan		
3. Persetujuan	Meri Oktariani, S.Kep, Ns, M.Kep M.Kep	Wakil Ketua I STIKes		

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat karuniaNya, Modul Praktik Klinik Keperawatan Keluarga ini dapat disusun. Modul ini disusun untuk menjelaskan tentang proses pembelajaran dari mata kuliah Keperawatan Komunitas Kelompok Khusus yang ada pada kurikulum Pendidikan D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta, sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran di klinik/ lapangan sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan, sehingga diharapkan konten pembelajaran yang dibahas selama proses belajar.

Penyusunan modul ini dikarenakan hasil evaluasi terhadap implementasi kurikulum, masih beragam dalam pelaksanaannya, terutama dari segi kedalaman dan keluasan materi pembelajaran serta strategi pembelajaran. Diterbitkannya modul ini diharapkan agar semua dosen dapat melaksanakan pembelajaran dengan terarah, mudah, berorientasi pada pendekatan SCL dan terutama mempunyai kesamaan dalam keluasan dan kedalaman materi pembelajaran, sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan menghantarkan mahasiswa untuk berhasil dengan baik pada ujian akhir ataupun uji kompetensi.

Modul ini tentunya masih banyak memiliki kekurangan. Oleh karena itu, kami mengharapkan saran dan masukan yang positif demi perbaikan modul ini. Terima kasih kepada Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada, serta semua pihak yang telah berkontribusi sampai terbitnya modul ini. Besar harapan kami modul ini dapat memberikan manfaat bagi pembacanya

Surakarta, Oktober 2018

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iii
KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 1	
A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran	1
B. Uraian Materi	2
C. Petunjuk Praktik Klinik.....	16
D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik	16
KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 2	
A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran	17
B. Uraian Materi	18
C. Petunjuk Praktik Klinik.....	33
D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik	35
KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 3	
A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran	36
B. Uraian Materi	37
C. Petunjuk Praktik Klinik.....	44
D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik	46
KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 4	
A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran	47
B. Uraian Materi	47
C. Petunjuk Praktik Klinik.....	48
D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik	49
KEGIATAN PRAKTIK KLINIK 5	
A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran	51
B. Uraian Materi	51
C. Petunjuk Praktik Klinik.....	52
D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik	53

PENDAHULUAN

Mahasiswa yang berbahagia, selamat bertemu kembali dengan mata kuliah praktik klinik keperawatan keluarga. Untuk memudahkan mahasiswa dalam melaksanakan praktik klinik di lapangan, kami menyusun panduan ini untuk mengarahkan anda dalam melakukan asuhan keperawatan pada tatanan komunitas di lahan praktik pada situasi nyata. Keluarga menurut Friedman, Bowden dan Elaine (2010) merupakan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keperawatan keluarga adalah proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan (Riasmini et al, 2017). Mata kuliah ini mendukung profil lulusan sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada individu dan keluarga yang dilakukan di rumah. Mata kuliah ini menguraikan tentang praktik klinik keperawatan keluarga dengan sasaran individu dan keluarga dalam rentang sehat dan sakit berdasarkan tahap perkembangan keluarga. Ruang lingkup asuhan keperawatan keluarga meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif.

Modul praktik klinik digunakan oleh mahasiswa saat memberikan asuhan keperawatan keluarga pada setting komunitas. Modul ini juga berisi petunjuk praktik, target kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa, format penulisan dan format penilaian yang dapat dijadikan panduan dalam melaksanakan praktik klinik.

Setelah selesai melaksanakan kegiatan praktik keperawatan keluarga, diharapkan mampu:

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada keluarga
2. Mahasiswa mampu melakukan analisa data dan merumuskan diagnosa keperawatan individu dan keluarga
3. Mahasiswa mampu membuat prioritas diagnosa keperawatan bersama keluarga
4. Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan bersama keluarga

5. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan keluarga berupa pendidikan kesehatan pada keluarga, merawat anggota keluarga yang sakit dan pemberdayaan keluarga
6. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada asuhan keperawatan keluarga dan menyusun rencana tindak lanjut
7. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan keluarga

Sebelum melakukan praktik klinik keperawatan keluarga, prasyarat yang harus dipersiapkan mahasiswa antara lain:

1. Mahasiswa sudah dinyatakan lulus dalam mata kuliah keluarga secara teori
2. Membawa peralatan klinik yang direkomendasikan oleh akademik
3. Mahasiswa sudah membaca modul praktik klinik, segera menghubungi dan mendiskusikan dengan preceptor akademik.

Sebagai pertimbangan untuk kelulusan dalam stase, anda harus melaksanakan beberapa syarat sebagai berikut:

1. Kehadiran mahasiswa wajib hadir 100% dan dibuktikan dengan pengisian presensi kehadiran
2. Mahasiswa memenuhi jam praktik yaitu 7 jam dibuktikan dengan presensi mahasiswa
3. Mahasiswa wajib menyerahkan askep lengkap selama menempuh Praktik Klinik Keperawatan Keluarga
4. Mahasiswa wajib menyelesaikan tugas individu
5. Mahasiswa menunjukkan perilaku sebagai seorang calon profesional (*softskill*)

Persiapan kegiatan praktik komunitas antara lain:

1. Pembekalan kepada mahasiswa

Pembekalan kepada mahasiswa dilaksanakan seminggu sebelum pelaksanaan praktik klinik. Hal yang harus disampaikan kepada mahasiswa adalah sesuai dengan RPS antara lain latar belakang kegiatan praktik, dasar

hukum pelaksanaan praktik, capaian pembelajaran praktik, tujuan pembelajaran praktik, mekanisme praktik keperawatan keluarga, pembagian kasus keperawatan keluarga dengan berbagai tahap perkembangan keluarga dan peraturan-peraturan bagi mahasiswa praktik dan tugas yang harus diselesaikan.

2. Rapat Koordinasi dengan pihak Puskesmas

Jadwal rapat koordinasi dengan pihak Puskesmas telah disepakati bersama dengan pihak akademik untuk melakukan persamaan persepsi terhadap target kompetensi yang akan dicapai oleh mahasiswa.

Persiapan alat-alat yang harus disediakan pada saat praktik keluarga antara lain:

- a. Format pengkajian keluarga
- b. Kertas HVS, spidol, ballpoint dan pensil
- c. Kamera atau handphone untuk mengambil gambar
- d. PHN kit:
 - 1) Tensimeter
 - 2) Stetoskop
 - 3) Termometer
 - 4) Timbangan berat badan
 - 5) Pengukur tinggi badan, midline

“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES UNTUK ANDA”

I. KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

Kegiatan Praktik Klinik 1

PENGAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA

Sebelum mengikuti kegiatan praktik klinik 1 ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep dasar pengkajian keperawatan keluarga yang sudah dipelajari pada modul teori keperawatan keluarga. Anda juga diharapkan mampu melakukan komunikasi dalam pengumpulan data dan bagaimana menerapkannya pada keperawatan keluarga. Anda juga harus mempersiapkan diri dengan berbagai pengetahuan dan keterampilan yang memadai seperti; kemampuan pengkajian, keluarga dan tentang demografi, yang ditunjang dengan alat dan prosedur pengkajian keluarga yang lengkap.

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Bagian ini adalah praktik klinik pengkajian komunitas yang bertujuan memberikan pengalaman pada anda tentang bagaimana anda melakukan pengumpulan data melalui tiga tahapan praktik yaitu persiapan, pelaksanaan dan pelaporan. Praktik klinik pengkajian keperawatan keluarga ini diharapkan dapat memberikan pengalaman belajar kepada anda pada situasi nyata atau keadaan yang sebenarnya di masyarakat. Praktik klinik pengkajian keperawatan keluarga dimulai dengan pengenalan keluarga, pengumpulan data, yang terdiri dari data anggota keluarga, riwayat keluarga, tahap dan tugas perkembangan keluarga, data struktur keluarga, data fungsi keluarga, stres dan coping keluarga serta data lingkungan. metode yang digunakan dalam pengumpulan data/ pengambilan data yaitu melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi.

Untuk memudahkan anda dalam melaksanakan praktik pengumpulan data keperawatan keluarga, anda harus bekerjasama dengan pihak puskesmas dan

kader kesehatan setempat. Sebagai contoh data keluarga yang mengalami masalah kesehatan, program kesehatan dari Puskesmas setempat.

B. Uraian Materi

Untuk mencapai tujuan kegiatan praktik klinik 1 ini, maka diharapkan anda mempelajari tentang instrument pengkajian keperawatan keluarga yang memiliki dua tahapan. Pengkajian tahap satu befokus pada masalah kesehatan keluarga. Pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Namun dalam pelaksanaannya, kedua tahapan ini dilakukan secara bersamaan. Berikut ini penjelasan mengenai masing-masing tahap pengkajian

Variable data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup:

1. Data umum/ identitas keluarga

Mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi

2. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari:

- a. Nama
- b. Hubungan dengan keluarga
- c. Umur
- d. Jenis kelamin
- e. Pendidikan terakhir
- f. Pekerjaan saat ini
- g. Status gizi
- h. Tanda-tanda vital
- i. Status imunisasi dasar
- j. Penggunaan alat bantu
- k. Status kesehatan anggota keluarga meliputi keadaan umum, riwayat penyakit/ alergi

3. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan (saat ini sedang sakit) meliputi:

1. Nama individu yang sakit
2. Diagnosis medis
3. Rujukan dokter atau rumah sakit
4. Keadaan umum
5. Sirkulasi
6. Cairan
7. Perkemihan
8. Pernapasan
9. Musculoskeletal
10. Neurosensori
11. Istirahat dan tidur
12. Status mental
13. Komunikasi dan budaya
14. Kebersihan diri
15. Perawatan diri sehari-hari
16. Data penunjang medis individu yang sakit (lab, radiologi, EKG, USG)
4. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah, dll
5. Komponen struktur keluarga akan menjawab pertanyaan tentang siapa anggota keluarga, bagaimana hubungan diantara anggota keluarga. Struktur keluarga mencakup:
 - a. Struktur peran
 - b. Nilai (*value*)
 - c. Komunikasi
 - d. Kekuatan
6. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga, variable perkembangan keluarga ini akan menjawab tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan keluarga
7. Fungsi keluarga, terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif
 - a. Aspek instrumental

Aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, tidur, pemeliharaan kesehatan

b. Aspek ekspresif

Fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah, keyakinan dan lain-lain

Pengkajian variabel fungsi keluarga mencakup kemampuan keluarga dalam melakukan tugas kesehatan keluarga, meliputi 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 di masyarakat.

Sumber data dalam pengkajian keperawatan keluarga meliputi:

1. Metode wawancara

Wawancara harus dilakukan dengan ramah, terbuka, menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami oleh klien atau lingkungan klien dan selanjutnya hasil wawancara atau anamnesa dicatat dalam format proses keperawatan.

Data yang dikumpulkan bersifat:

- a. Fakta, misalnya usia, riwayat penyakit, pola tidur, pola olahraga, agama, suku
- b. Sikap, misalnya sikap terhadap perilaku hidup bersih sehat di lingkungan rumah
- c. Perilaku, misalnya perilaku atau kebiasaan dalam kelompok berupa pemeliharaan kebersihan diri dan pengelolaan makanan bersih dan sehat
- d. Pendapat, misalnya pendapat tentang pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat Puskesmas atau pelayanan kesehatan lain

2. Observasi

Merupakan pengamatan melalui panca indera yang meliputi aspek fisik, psikologis, perilaku dan sikap dalam rangka menegakkan diagnosis

keperawatan dan hasilnya dicatat dalam format proses keperawatan. Berupa temuan objektif misalnya hasil observasi berbagai fasilitas yang ada di rumah keluarga.

3. Informasi tertulis atau lisan dari berbagai agensi yang berhubungan atau bekerjasama dengan keluarga, atau informasi dari anggota tim kesehatan.
4. Pemeriksaan
 - a. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan indeks masa tubuh untuk menilai status gizi anggota keluarga. Untuk mengidentifikasi kecukupan gizi anggota keluarga, hitunglah dengan rumus indeks massa tubuh (IMT) = $BB \text{ (kg)}/TB^2 \text{ (meter)}$.
 - b. Pemeriksaan tanda-tanda vital seperti; tekanan darah, denyut nadi dan suhu tubuh seluruh anggota keluarga

Tahap Pengkajian dalam keluarga harus dilakukan dengan teliti, tahap demi tahap dilaksanakan dengan seksama, gali sebanyak mungkin informasi tentang kesehatan keluarga sehingga didapatkan kondisi kesehatan keluarga yang sesungguhnya.

1. Berikan salam dan sampaikan maksud serta tujuan anda
2. Tanyakan nama kepala keluarga, umur, alamat, pekerjaan KK, pendidikan KK serta komposisi keluarga yang tinggal dalam satu rumah. Mulailah dengan menanyakan nama istri atau suami, nama anak anaknya, dan orang yang tinggal serumah dengan kepala keluarga. pertanyaan yang diajukan seputar, nama, umur, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, pendidikan dan pekerjaan. Catat informasi tersebut ke dalam data anggota keluarga seperti format pengkajian berikut ini.

Nama KK :
Umur :
Alamat :
Pekerjaan KK :
Pendidikan KK :
Komposisi keluarga :

No	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan dengan KK	Umur	Tempat/ Tanggal Lahir	Pekerjaan	Pendidikan
1							
2							
Dst							

3. Setelah menanyakan data seluruh anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, berikutnya adalah menanyakan riwayat generasi keluarga dengan 3 generasi yang kemudian digambarkan dalam bentuk genogram
4. Selanjutnya mengkaji tipe keluarga yaitu *extended family*: keluarga yang tinggal dalam 1 rumah lebih dari 1 KK, *nuclear family*: keluarga yang tinggal dalam 1 rumah yang terdiri dari ayah, ibu dan anak
5. Melakukan pengkajian latar budaya yang terdiri dari suku bangsa, bahasa yang digunakan dalam sehari-hari, kebiasaan budaya yang berhubungan dengan masalah kesehatan, adat/ tradisi, dan nilai-nilai kebudayaan
6. Melakukan pengkajian identifikasi religious, yang meliputi agama, kegiatan keagamaan, persepsi keluarga tentang agama, dan kepercayaan serta nilai-nilai agama
7. Melakukan pengkajian status social ekonomi, terdiri dari tingkat kesejahteraan keluarga, penanggung jawab ekonomi, dukungan ekonomi, jumlah pendapatan dan fungsi ekonomi

Tabel 1. Tingkat Kesejahteraan Keluarga

No	Tahapan Keluarga Sejahtera	Keterangan
1	Tahapan Keluarga Pra Sejahtera (KPS)	Keluarga Pra Sejahtera yaitu keluarga yang tidak memenuhi salah satu dari 6 (enam) indikator Keluarga Sejahtera I (KS I) atau indikator "kebutuhan dasar keluarga" (<i>basic needs</i>).
2	Tahapan Keluarga Sejahtera I (KS-I)	Keluarga Sejahtera I yaitu keluarga mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 8 (delapan) indikator Keluarga Sejahtera II atau indicator "kebutuhan psikologis" (<i>psychological needs</i>)

		keluarga.
3	Tahapan Keluarga Sejahtera II (KS-II)	Keluarga Sejahtera II yaitu keluarga yang mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I dan 8 (delapan) indikator KS II, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 5 (lima) indikator Keluarga Sejahtera III (KS III), atau indikator "kebutuhan pengembangan" (<i>develomental needs</i>) dari keluarga.
4	Tahapan Keluarga Sejahtera III (KS-III)	Keluarga Sejahtera III yaitu keluarga yang mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I, 8 (delapan) indikator KS II, dan 5 (lima) indikator KS III, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 2 (dua) indikator Keluarga Sejahtera III Plus (KS III Plus) atau indikator "aktualisasi diri" (<i>self esteem</i>) keluarga.
5	Tahapan Keluarga Sejahtera III Plus (KS-III Plus)	Keluarga Sejahtera III Plus yaitu keluarga yang mampu memenuhi keseluruhan dari 6 (enam) indikator tahapan KS I, 8 (delapan) indikator KS II, 5 (lima) indikator KS III, serta 2 (dua) indikator tahapan KS III Plus.

Tabel 2. Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera Menurut BKKBN

No	Indikator	Kriteria
Klasifikasi Kebutuhan Dasar Keluarga		
1	Pada umumnya makan dua kali sehari atau lebih *Makan menurut pengertian dan kebiasaan masyarakat setempat, seperti makan nasi bagi mereka yang biasa makan nasi sebagai makanan pokoknya (<i>staple food</i>), atau seperti makan sagu bagi mereka yang biasa makan sagu dan sebagainya	Keluarga Sejahtera I Jika tidak dapat memenuhi satu atau lebih dari 6 indikator KS-I maka termasuk ke dalam <i>Keluarga Prasejahtera</i>
2	Anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/ sekolah dan bepergian *Pakaian yang berbeda adalah pemilikan pakaian yang tidak hanya satu pasang, sehingga tidak terpaksa harus memakai pakaian yang sama dalam kegiatan hidup	

	<p>yang berbeda beda. Misalnya pakaian untuk di rumah (untuk tidur atau beristirahat di rumah) lain dengan pakaian untuk ke sekolah atau untuk bekerja (ke sawah, ke kantor, berjualan dan sebagainya) dan lain pula dengan pakaian untuk bepergian (seperti menghadiri undangan perkawinan, piknik, ke rumah ibadah dan sebagainya).</p>	
3	<p>Rumah yang ditempati keluarga mempunyai atap, lantai, dan dinding yang baik</p> <p>*Pengertian Rumah yang ditempati keluarga ini adalah keadaan rumah tinggal keluarga mempunyai atap, lantai dan dinding dalam kondisi yang layak ditempati, baik dari segi perlindungan maupun dari segi kesehatan.</p>	
4	<p>Bila ada anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan</p> <p>*Pengertian sarana kesehatan adalah sarana kesehatan modern, seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan, Apotek, Posyandu, Poliklinik, Bidan Desa dan sebagainya, yang memberikan obat obatan yang diproduksi secara modern dan telah mendapat izin peredaran dari instansi yang berwenang (Departemen Kesehatan/ Badan POM).</p>	
5	<p>Bila pasangan usia subur ingin ber-KB pergi ke sarana pelayanan kontrasepsi</p> <p>*Pengertian Sarana Pelayanan Kontrasepsi adalah sarana atau tempat pelayanan KB, seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan, Apotek, Posyandu, Poliklinik, Dokter Swasta, Bidan Desa dan sebagainya, yang memberikan pelayanan KB dengan alat kontrasepsi modern, seperti IUD, MOW, MOP, Kondom, Implan, Suntikan dan Pil, kepada pasangan usia subur yang membutuhkan. (Hanya untuk keluarga yang berstatus Pasangan Usia Subur)</p>	
6	<p>Semua anak umur 7 -15 tahun dalam keluarga</p>	

	<p>bersekolah</p> <p>*Pengertian Semua anak umur 7-15 tahun adalah semua anak 7-15 tahun dari keluarga (jika keluarga mempunyai anak 7-15 tahun), yang harus mengikuti wajib belajar 9 tahun. Bersekolah diartikan anak usia 7-15 tahun di keluarga itu terdaftar dan aktif bersekolah setingkat SD/ sederajat SD atau setingkat SLTP/ sederajat SLTP.</p>	
<p>Klasifikasi kebutuhan psikologis (<i>psychological needs</i>) keluarga</p>		
7	<p>Pada umumnya anggota keluarga melaksanakan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing</p> <p>*Pengertian anggota keluarga melaksanakan ibadah adalah kegiatan keluarga untuk melaksanakan ibadah, sesuai dengan ajaran agama/kepercayaan yang dianut oleh masing-masing keluarga/anggota keluarga. Ibadah tersebut dapat dilakukan sendiri-sendiri atau bersama-sama oleh keluarga di rumah, atau di tempat-tempat yang sesuai dengan ditentukan menurut ajaran masing-masing agama/kepercayaan.</p>	<p>Keluarga Sejahtera II</p> <p>Jika tidak dapat memenuhi satu atau lebih dari 8 indikator KS-II maka termasuk ke dalam <i>Keluarga Sejahtera I</i></p>
8	<p>Paling kurang sekali seminggu seluruh anggota keluarga makan daging/ikan/telur</p> <p>*Pengertian makan daging/ikan/telur adalah memakan daging atau ikan atau telur, sebagai lauk pada waktu makan untuk melengkapi keperluan gizi protein. Indikator ini tidak berlaku untuk keluarga vegetarian.</p>	
9	<p>Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun</p> <p>*Pengertian pakaian baru adalah pakaian layak pakai (baru/bekas) yang merupakan tambahan yang telah dimiliki baik dari membeli atau dari pemberian pihak lain, yaitu jenis pakaian yang lazim dipakai sehari-hari oleh masyarakat setempat.</p>	
10	<p>Luas lantai rumah paling kurang 8 m² untuk setiap penghuni rumah</p> <p>*Luas Lantai rumah paling kurang 8 m² adalah</p>	

	<p>keseluruhan luas lantai rumah, baik tingkat atas, maupun tingkat bawah, termasuk bagian dapur, kamar mandi, paviliun, garasi dan gudang yang apabila dibagi dengan jumlah penghuni rumah diperoleh luas ruang tidak kurang dari 8 m².</p>	
11	<p>Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas/ fungsi masing-masing.</p> <p>*Pengertian Keadaan sehat adalah kondisi kesehatan seseorang dalam keluarga yang berada dalam batas batas normal, sehingga yang bersangkutan tidak harus dirawat di rumah sakit, atau tidak terpaksa harus tinggal di rumah, atau tidak terpaksa absen bekerja/ke sekolah selama jangka waktu lebih dari 4 hari. Dengan demikian anggota keluarga tersebut dapat melaksanakan tugas dan fungsinya sesuai dengan kedudukan masing masing di dalam keluarga.</p>	
12	<p>Ada seorang atau lebih anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan</p> <p>*Pengertian anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan adalah keluarga yang paling kurang salah seorang anggotanya yang sudah dewasa memperoleh penghasilan berupa uang atau barang dari sumber penghasilan yang dipandang layak oleh masyarakat, yang dapat memenuhi kebutuhan minimal sehari hari secara terus menerus.</p>	
13	<p>Seluruh anggota keluarga umur 10 - 60 tahun bisa baca tulisan latin</p> <p>*Pengertian anggota keluarga umur 10 - 60 tahun bisa baca tulisan latin adalah anggota keluarga yang berumur 10 - 60 tahun dalam keluarga dapat membaca tulisan huruf latin dan sekaligus memahami arti dari kalimat kalimat dalam tulisan tersebut. Indikator ini tidak berlaku bagi keluarga yang tidak mempunyai anggota keluarga berumur 10-60 tahun.</p>	
14	<p>Pasangan usia subur dengan anak dua atau lebih menggunakan alat/ obat kontrasepsi</p>	

	<p>*Pengertian Pasangan usia subur dengan anak dua atau lebih menggunakan alat/obat kontrasepsi adalah keluarga yang masih berstatus Pasangan Usia Subur dengan jumlah anak dua atau lebih ikut KB dengan menggunakan salah satu alat kontrasepsi modern, seperti IUD, Pil, Suntikan, Implan, Kondom, MOP dan MOW.</p>	
<p>Klasifikasi kebutuhan pengembangan (<i>developmental needs</i>) dari keluarga</p>		
15	<p>Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama</p> <p>*Pengertian keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama adalah upaya keluarga untuk meningkatkan pengetahuan agama mereka masing masing. Misalnya mendengarkan pengajian, mendatangkan guru mengaji atau guru agama bagi anak anak, sekolah madrasah bagi anak anak yang beragama Islam atau sekolah minggu bagi anak anak yang beragama Kristen.</p>	<p>Keluarga Sejahtera III</p> <p>Jika tidak dapat memenuhi satu atau lebih dari 5 indikator KS-III maka termasuk ke dalam <i>Keluarga Sejahtera II</i></p>
16	<p>Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang atau barang</p> <p>*Pengertian sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang atau barang adalah sebagian penghasilan keluarga yang disisihkan untuk ditabung baik berupa uang maupun berupa barang (misalnya dibelikan hewan ternak, sawah, tanah, barang perhiasan, rumah sewaan dan sebagainya). Tabungan berupa barang, apabila diuangkan minimal senilai Rp. 500.000,-</p>	
17	<p>Kebiasaan keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dimanfaatkan untuk berkomunikasi</p> <p>*Pengertian kebiasaan keluarga makan bersama adalah kebiasaan seluruh anggota keluarga untuk makan bersama sama, sehingga waktu sebelum atau sesudah makan dapat digunakan untuk komunikasi membahas persoalan yang dihadapi dalam satu minggu atau untuk berkomunikasi dan bermusyawarah antar seluruh anggota keluarga.</p>	
18	<p>Keluarga ikut dalam kegiatan masyarakat di</p>	

	<p>lingkungan tempat tinggal.</p> <p>*Pengertian Keluarga ikut dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal adalah keikutsertaan seluruh atau sebagian dari anggota keluarga dalam kegiatan masyarakat di sekitarnya yang bersifat sosial kemasyarakatan, seperti gotong royong, ronda malam, rapat RT, arisan, pengajian, kegiatan PKK, kegiatan kesenian, olah raga dan sebagainya.</p>	
19	<p>Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/majalah/ radio/tv/internet.</p> <p>*Pengertian Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/ majalah/ radio/tv/internet adalah tersedianya kesempatan bagi anggota keluarga untuk memperoleh akses informasi baik secara lokal, nasional, regional, maupun internasional, melalui media cetak (seperti surat kabar, majalah, bulletin) atau media elektronik (seperti radio, televisi, internet). Media massa tersebut tidak perlu hanya yang dimiliki atau dibeli sendiri oleh keluarga yang bersangkutan, tetapi dapat juga yang dipinjamkan atau dimiliki oleh orang/keluarga lain, ataupun yang menjadi milik umum/milik bersama.</p>	
Klasifikasi aktualisasi diri (<i>self esteem</i>) keluarga		
20	<p>Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial.</p> <p>*Pengertian Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial adalah keluarga yang memiliki rasa sosial yang besar dengan memberikan sumbangan materiil secara teratur (waktu tertentu) dan sukarela, baik dalam bentuk uang maupun barang, bagi kepentingan masyarakat (seperti untuk anak yatim piatu, rumah ibadah, yayasan pendidikan, rumah jompo, untuk membiayai kegiatan kegiatan di tingkat RT/RW/Dusun, Desa dan sebagainya) dalam hal ini tidak termasuk sumbangan wajib.</p>	<p>Keluarga Sejahtera III Plus</p> <p>Jika tidak dapat memenuhi satu atau lebih dari 2 indikator KS-III Plus maka termasuk ke dalam <i>Keluarga Sejahtera III</i></p>

21	<p>Ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/ institusi masyarakat.</p> <p>*Pengertian ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/ institusi masyarakat adalah keluarga yang memiliki rasa sosial yang besar dengan memberikan bantuan tenaga, pikiran dan moral secara terus menerus untuk kepentingan sosial kemasyarakatan dengan menjadi pengurus pada berbagai</p>	
----	--	--

8. Pengkajian keluarga terkait dengan kegiatan aktivitas rekreasi keluarga yang telah dilakukan oleh keluarga
9. Mahasiswa silakan mengecek pada kartu keluarga untuk mengkaji tahap perkembangan keluarga saat ini, tahap perkembangan keluarga melihat dari referensi Duvall 1977 yang terbagi menjadi 8 tahap perkembangan
10. Silakan tanyakan tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, mahasiswa membacakan tugas perkembangan keluarga yang saat ini dilampaui, kemudian tanyakan tugas mana saja yang belum terpenuhi
11. Selanjutnya tanyakan riwayat terbentuknya keluarga, dapat ditambahkan data kapan menikah, sudah berapa lama menikah, apakah pernah pindah rumah dari tempat tinggal yang sekarang
12. Mahasiswa selanjutnya mengkaji riwayat kesehatan keluarga, apakah ada penyakit menurun, penyakit menular, penyakit yang pernah diderita sebelumnya, dan atau pernah diopname karena ada masalah kesehatan pada keluarga
13. Berikutnya adalah melakukan pengkajian lingkungan yang meliputi karakteristik rumah yang menguraikan kepemilikan rumah, jenis bangunan, ubin, atap rumah, peletakan perabot rumah, pencahayaan, ventilasi, fasilitas rumah dan bagian-bagian dari rumah (kamar tidur, ruang tamu, kamar mandi, ruang makan dsb), gambarkan denah rumah beserta arah mata angin; karakteristik tetangga dan komunitas; mmobilitas geografi keluarga yang meliputi lama tinggal di daerah ini, asal daerah

sebelum migrasi, dan transportasi yang digunakan: perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat terdiri dari perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat; system pendukung keluarga; pelayanan kesehatan dan pelayanan dasar; persepsi keluarga tentang tenaga kesehatan yang ada.

14. Kaji mengenai struktur komunikasi keluarga yang terdiri dari pola komunikasi yang meliputi arah, frekuensi, tipe komunikasi (verbal dan non verbal), media yang digunakan dan efektivitas komunikasi: struktur peran keluarga yang terdiri dari pengambilan keputusan, Teknik pengambilan keputusan dan peran serta keluarga dalam pengambilan keputusan; nilai dan norma budaya; dan struktur peran (untuk mengkaji peran dalam keluarga, gali informasi tentang peran setiap anggota keluarga, apakah setiap anggota keluarga dapat menjalankan perannya seperti; peran ayah sebagai pencari nafkah, peran ibu sebagai pendidik anak-anaknya, dan lain sebagainya. Struktur peran bermasalah apabila masing-masing anggota keluarga tidak dapat menjalankan perannya); dan nilai dan norma budaya setempat yang dianut oleh keluarga tersebut.
15. Mahasiswa selanjutnya mengkaji mengenai fungsi keluarga yang meliputi; fungsi afektif, fungsi social, fungsi ekonomi, fungsi reproduksi dan fungsi perawatan kesehatan
 - a. Fungsi afektif dapat anda kaji dengan mengamati bagaimana anggota keluarga berinteraksi, apakah hubungan saling akrab dan saling memperhatikan antar anggota keluarga. Fungsi afektif keluarga tidak berfungsi jika antar anggota keluarga tidak ada perhatian dan mengutamakan kepentingannya sendiri-sendiri
 - b. Fungsi sosial dapat anda kaji dengan mengamati bagaimana keluarga menanamkan disiplin, penghargaan dan hukuman bagi anggota keluarga, interaksi antar anggota keluarga dan anggota keluarga dengan lingkungan. Fungsi sosial tidak berfungsi jika inetraksi antar anggota keluarga dan lingkungan kurang atau tidak baik

- c. Fungsi ekonomi dikaji dengan menanyakan apakah keluarga dapat memenuhi kebutuhan anggota keluarga dengan pendapatan yang ada. Fungsi ekonomi kurang baik apabila keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan anggota keluarga.
 - d. Fungsi reproduksi dengan menanyakan bagaimana perencanaan anggota keluarga, metode yang digunakan untuk mengendalikan jumlah anggota keluarga, serta apakah ada masalah dalam system reproduksi
 - e. Fungsi Perawatan Kesehatan:
 - 1) Definisi sehat sakit menurut keluarga:
 - 2) Kebiasaan penggunaan obat/ alkohol/ tembakau:
 - 3) Peran keluarga dan praktek perawatan kesehatan:
 - 4) Fungsi perawatan kesehatan (spesifik masalah fisik dan psikologis):
 - a) Mengenal masalah
 - b) Mengambil keputusan
 - c) Merawat anggota keluarga yang sakit
 - d) Memodifikasi lingkungan
 - e) Memanfaatkan fasilitas kesehatan
16. Lakukan pengkajian stress dan coping keluarga, dapatkan informasi mengenai bagaimana keluarga bereaksi terhadap situasi yang penuh dengan stres, strategi coping apa yang digunakan oleh keluarga. Pola coping dikatakan efektif bila keluarga mampu mengatasi stressor dengan berbagai upaya yang positif. Sedangkan coping yang tidak efektif apabila keluarga tidak mampu mengatasi stressor dengan berbagai upaya yang positif (misalnya pasrah, menghindar, menyalahkan orang lain, marah).
17. Selanjutnya lakukan pengkajian mengenai apa yang menjadi harapan keluarga, khususnya harapan terhadap kesehatan dan pelayanan kesehatan.
18. Terakhir lakukan pengkajian kepada seluruh anggota keluarga, terkait dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang meliputi nutrisi, cairan,

istirahat & tidur, olahraga & mobilisasi, eliminasi, personal hygiene, pemeriksaan tanda-tanda vital pasien dan pemeriksaan fisik.

C. Petunjuk Praktik Klinik

Selama mahasiswa melakukan pengkajian keperawatan keluarga melalui kunjungan rumah di wilayah Puskesmas tempat anda praktik sebagai berikut:

1. Lakukan pengkajian secara komprehensif pada keluarga
2. Lakukan setiap kegiatan pengkajian dengan sungguh-sungguh dan menunjukkan perilaku sebagai seorang calon perawat profesional
3. Lakukan identifikasi masalah yang akan diambil
4. Hubungi pembimbing akademik atau pembimbing klinik apabila Anda mengalami kesulitan
5. Jika tidak memungkinkan untuk menyelesaikan pengkajian dalam satu waktu, bisa melakukan kontrak waktu untuk kunjungan ulang ke rumah untuk melakukan pengkajian.

D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik

1. Buat laporan hasil pengkajian dengan menggunakan narasi, gambar, tabel dan bentuk lainnya yang dapat mewakili data dari keluarga
2. Gunakan panduan penulisan hasil pengkajian dengan format terlampir
3. Diskusikan dengan pembimbing hasil pengkajian yang sudah disusun
4. Tulis laporan hasil pengkajian dan diserahkan ke pembimbing sesuai dengan waktu yang telah ditentukan

II. KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

Kegiatan Praktik Klinik 2

DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Mahasiswa yang berbahagia, kini kita memasuki bagian kedua dari praktik klinik keperawatan keluarga yaitu analisa data untuk merumuskan diagnose keperawatan. Panduan ini akan mengarahkan anda dalam merumuskan diagnose keperawatan yaitu pertama mengumpulkan data dari hasil pengkajian melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi. Wawancara untuk menggali informasi dalam pengkajian struktur dan fungsi keluarga. Pemeriksaan fisik ini dilakukan pada keluarga/individu yang menderita sakit. Dalam melaksanakan pemeriksaan fisik dan observasi, pengkajian melalui wawancara juga diperlukan untuk menggali informasi tentang keluhan yang hanya dirasakan oleh klien. Pemeriksaan fisik dilakukan guna melengkapi atau menunjang data dari hasil wawancara dengan melihat atau membuktikan kondisi yang sebenarnya dari individu atau keluarga yang sakit.

Kedua memindahkan data yang mengalami kesenjangan ke dalam tabel dan merumuskan diagnosa. Setelah melaksanakan kegiatan praktik merumuskan diagnosa keperawatan keluarga, anda diharapkan mampu:

1. Melakukan analisis data keperawatan keluarga
2. Merumuskan diagnosa keperawatan keluarga

Untuk memudahkan anda memahami panduan ini, silakan ikuti langkah-langkahnya sebagai berikut:

1. Pelajari format analisa data yang anda gunakan dan diskusikan dengan teman dan pembimbing akademik praktik lapangan tentang cara pengisian data fokus
2. Pelajari kembali cara merumuskan diagnose keperawatan keluarga

3. Keberhasilan anda dalam praktik merumuskan diagnose keperawatan keluarga bergantung pada kemampuan anda dalam melaksanakan praktik di lapangan. Berlatihlah secara mandiri
4. Bila anda kesulitan, silakan hubungi pembimbing atau dosen pengampu pada mata kuliah ini

B. Uraian Materi

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikand asar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggungjawab melaksanakannya. Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang ebrsifat katual, risiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga.

Setelah identifikasi data senjang selesai kemudian lakukanlah pengelompokan data senjang sehingga data senjang tersebut menjadi dua kelompok data yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data atau gejala yang hanya dirasakan oleh klien/keluarga. Sedangkan data objektif adalah data hasil pengukuran atau pengamatan, hasil pemeriksaan fisik, hasil pengukuran, catatan sekunder dan hasil pemeriksaan penunjang.

Sebelum merumuskan diagnosis keperawatan keluarga, mahasiswa harus mengenal tanda dan gejala dari tiap diagnosis keperawatan. Di bawah ini akan dijelaskan beberapa diagnosis keperawatan yang sering muncul. Mahasiswa harus menganalisis data yang ditemukan melalui pengkajian kemudian mencocokkan dengan karakteristik data ada pada diagnosis keperawatan, apabila data sesuai dengan karakteristik, maka diagnosis keperawatan itulah yang akan dirumuskan. Penjelasan selengkapnya ada di bawah ini:

1. Kebutuhan nutrisi

- a. Keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, tanda-tandanya:
Berat badan menurun, kurangnya asupan makanan, kurangnya nafsu makan, diare, salah informasi tentang asupan nutrisi, rasa pahit dimulut, kurangnya informasi tentang nutrisi.
- b. Kelebihan berat badan, tanda-tanda dan faktor penyebab:
IMT (Index Massa Tubuh): $> 25 \text{ kg/m}^2$, rata-rata aktivitas sehari-hari kurang, banyak mengkonsumsi makanan manis, perilaku makan yang salah, sering makan makanan ringan, banyak makan makanan cepat saji, porsi makan banyak.
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI (Kesulitan memberikan ASI)
Tanda-tandanya dan faktor penyebab: bayi menangis saat menyusui terutama 1 jam pertama, bayi rewel saat menyusui, bayi menolak menyusui, menurunnya berat badan bayi, kurangnya pengetahuan ibu tentang teknik menyusui, kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya menyusui, ibu yang cemas, ibu yang menolak menyusui, ibu kegemukan, ibu yang mengeluh nyeri.

2. Cairan dan elektrolit

- a. Kurangnya volume cairan, tanda-tandanya:
Perubahan turgor kulit, penurunan tekanan darah, penurunan tekanan denyut nadi, penurunan pengeluaran air kencing, mukosa bibir kering, kulit kering, peningkatan suhu tubuh, peningkatan frekuensi denyut nadi, peningkatan hematokrit, haus, kelemahan, penurunan berat badan
- b. Kelebihan volume cairan, tanda-tandanya:
Perubahan tekanan darah, perubahan status mental, perubahan pola nafas, edema, edema anasarka, kecemasan, penurunan hematokrit, peningkatan kreatinin dan nitrogen urea dalam darah, penurunan hemoglobin (Hb), sesak, ketidakseimbangan elektrolit, pembesaran hepar, oliguria (penurunan volume urine), pleural effusion (Adanya cairan pada kavum pleura), gelisah, peningkatan berat badan pada periode waktu tertentu.

- c. Risiko ketidakseimbangan elektrolit (Rentan terhadap perubahan serum elektrolit yang dapat mengganggu kesehatan).
 - d. Faktor penyebab: diare, tidak berfungsinya regulasi endokrin, pengeluaran cairan yang berlebihan, muntah.
3. Eliminasi
- a. Gangguan eliminasi urine, tanda-tandanya:
Disuria (nyeri pada saat buang air kecil), sering buang air kecil, ragu-ragu untuk buang air kecil, nocturia (buang air kecil di malam hari), urine yang tertahan, inkontinensia urine (Besar).
 - b. Inkontinensia urine (Ketidakmampuan seseorang untuk mencapai toilet pada waktunya), tanda-tandanya:
Ketidakmampuan pengosongan kandung kemih, inkontinensia pada pagi hari, ketidakmampuan mencapai toilet dalam waktu dekat ketika ingin buang air kecil.
 - c. Retensi urin (Pengosongan kandung kemih yang tidak sempurna), tanda-tandanya:
Kurangnya volume urine, ketegangan pada kandung kemih, nyeri pada saat buang air kecil, buang air kecil sedikit-sedikit tapi sering, ada sisa urine di kandung kemih.
 - d. Konstipasi (penurunan frekuensi buang air besar karena sulit keluar, feses yang keras, kesulitan dalam pengeluaran feses), tanda-tandanya:
Sakit perut, tidak nafsu makan, perubahan status mental, inkontinensia urine, terdapat darah merah segar pada feses, perubahan pola buang air besar, penurunan volume waktu buang air besar, penurunan suara bisisng usus, penurunan jumlah feses, ketegangan pada perut, kelelahan, sakit kepala, ketidakmampuan mengeluarkan feses, peningkatan tekanan di dalam perut, sakit ketika buang air besar, gangguan pencernaan, dubur terasa penuh, tekanan pada dubur, banyak buang angin, keinginan untuk mengejan, muntah.

- e. Diare, tanda-tandanya:
Sakit perut, peningkatan frekuensi buang air besar, feses berbentuk cair, kram pada perut, suara bising usus meningkat.
 - f. Inkontinensia buang air besar (perubahan buang air besar dari kebiasaan normal), tanda-tandanya:
Peningkatan frekuensi buang air besar, feses lunak, feses berbau, terjadi pewarnaan feses, ketidakmampuan menahan buang air besar, ketidakmampuan membentuk feses, ketidakmampuan merasakan feses di dubur, kemerahan pada kulit anus.
4. Aktifitas/istirahat
- a. Insomnia (Gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dapat merusak fungsi tubuh), tanda-tandanya:
Perubahan afek, perubahan konsentrasi, perubahan mood, perubahan pola tidur, perubahan status kesehatan, penurunan kualitas hidup, kesulitan memulai tidur, kesulitan untuk memelihara keinginan tidur, ketidakpuasan tidur, tidur cepat terbangun, peningkatan angka tidak masuk, kurang bergairah.
 - b. Gangguan pola tidur (waktu yang terbatas pada jumlah dan kualitas karena faktor eksternal), tanda-tandanya:
Perubahan pola tidur, kesulitan mengawali tidur, kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, tidak puas dengan tidur, perasaan tidak nyaman, bangun tidur yang tidak disengaja.
 - c. Kehilangan tidur (Jangka waktu yang lama tanpa tidur), tanda-tandanya: Perubahan konsentrasi, cemas, apatis (Tidak berespon terhadap lingkungan), bingung, kelelahan, kantuk, tremor pada tangan, cepat marah, lesu, malas, persepsi yang salah, cenderung curiga kepada orang lain.
 - d. Ketidakmampuan pergerakan fisik (Keterbatasan secara mandiri dalam pergerakan fisik pada tubuh atau anggota gerak), tanda-tandanya:

Perubahan gaya berjalan, penurunan keterampilan gerak, penurunan rentang gerak (*Range of Motion*), penurunan waktu reaksi, kesulitan untuk berputar, ketidaknyamanan, postur yang tidak stabil, tremor pada saat bergerak, gerakan lambat, kejang, tidak ada koordinasi pergerakan.

- e. Gangguan duduk (Keterbatasan kemampuan secara mandiri dan sengaja mencapai dan mempertahankan posisi istirahat yang didukung oleh pantat dan beberapa komponen tubuh, dimana batang tubuh dapat tegak), tanda- tandanya:

Gangguan kemampuan menyesuaikan posisi satu atau kedua tungkai bawah pada permukaan yang tidak rata, gangguan kemampuan mempertahankan keseimbangan posisi, gangguan kemampuan menggerakkan kedua lutut, berkurangnya kekuatan otot.

- f. Gangguan berdiri (Keterbatasan kemampuan secara mandiri dan sengaja mencapai pemeliharaan tubuh dapat tegak dari kaki sampai kepala), tanda- tandanya:

Gangguan kemampuan menyesuaikan posisi satu atau kedua bagian bawah, gangguan kemampuan keseimbangan posisi tubuh, gangguan kemampuan ekstensi satu atau kedua belah pinggul, gangguan kemampuan ekstensi satu atau kedua lutut, gangguan kemampuan flexi pada satu atau kedua belah pinggul, gangguan kemampuan flexi pada satu atau kedua lutut, gangguan kemampuan pemeliharaan keseimbangan posisi, berkurangnya kekuatan otot.

- g. Intoleransi aktifitas (Berkurangnya kemampuan fisiologis atau psikologis untuk melakukan aktifitas sehari-hari), tanda-tandanya:

Tekanan darah yang tidak normal, denyut nadi yang tidak normal ketika beraktifitas, adanya ketidaknyamanan, kelelahan, kelemahan secara umum.

5. Kebutuhan Oksigen

- a. Gangguan pertukaran gas (Kurangya oksigen dan karbondioksida dalam alveolar), tanda-tandanya:

Sesak, kebiruan (*cyanosis*), pernapasan cuping hidung, penurunan kadar karbondioksida, berkeringat yang berlebihan, cepat marah, gelisah, bingung, kesadaran menurun, peningkatan denyut nadi, sakit kepala sampai terjadi kelemahan.

- b. Ketidakefektifan pola napas (inspirasi dan ekspirasi yang tidak adekuat), tanda- tandanya:

Frekuensi napas menurun atau meningkat, sesak, pernapasan cuping hidung, bibir mengerucut ketika bernapas, menggunakan otot bantu napas, kelemahan.

- c. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, tanda-tandanya:

Batuk, berlendir, peningkatan frekuensi napas, pernapasan cuping hidung, menggunakan alat bantu napas, terdengar suara ronchi sewaktu pemeriksaan auskultasi.

6. Manajemen Kesehatan

- a. Ketidakefektifan manajemen kesehatan (Pola untuk mengatur regimen terapeutik untuk perawatan anggota keluarga yang sakit tidak mampu mencapai tujuan), tanda-tandanya:

Kesulitan dengan program pengobatan, kegagalan termasuk pengobatan sehari-hari, kegagalan dalam melakukan pencegahan faktor risiko, ketidakefektifan dalam memilih tujuan kesehatan dalam perawatan sehari-hari.

- b. Ketidakpatuhan, tanda-tandanya:

Terjadinya komplikasi penyakit, kegagalan dalam mencapai tujuan, kehilangan kesempatan, perilaku yang tidak patuh.

- c. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga (Pola untuk mengatur regimen terapeutik yang termasuk proses keluarga untuk perawatan yang sakit tidak mampu mencapai tujuan), tanda-tandanya:

Terjadinya gejala penyakit pada anggota keluarga dengan cepat, penurunan perhatian terhadap terjadinya penyakit, kesulitan dalam program pengobatan anggota keluarga, kegagalan dalam melakukan

tindakan untuk mencegah terjadinya faktor risiko, ketidaksesuaian aktifitas yang dilakukan keluarga untuk mencapai tujuan.

- d. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (Ketidakmampuan mengidentifikasi, mengatur dan membantu dalam pemeliharaan), tanda-tandanya:

Perilaku yang tidak adaptif terhadap perubahan lingkungan, tidak adanya minat untuk berperilaku dalam meningkatkan kesehatan, ketidakmampuan untuk berespon untuk melaksanakan praktik kesehatan dasar.

- e. Ketidakefektifan perlindungan kesehatan (penurunan kemampuan untuk melindungi diri dan anggota keluarga terhadap penyakit dan cedera), tanda- tandanya: Penurunan kekebalan, batuk, kelelahan, sesak, gangguan pergerakan, insomnia, respon maladaptif terhadap stres, kelemahan, kegelisahan, gatal-gatal, tidak nafsu makan, disorientasi.

7. Perawatan diri

- a. Gangguan pemeliharaan rumah (ketidakmampuan secara mandiri dalam memelihara keamanan perkembangan dan peningkatan lingkungan), tanda- tandanya:

Kesulitan dalam memelihara kenyamanan lingkungan, terlalu banyak respon keluarga, krisis keuangan, kekurangan pakaian, kekuarangan peralatan memasak, kekuarangan peralatan dalam pemeliharaan rumah, terjadinya penyakit karena lingkungan yang tidak bersih, lingkungan rumah yang tidak bersih.

- b. Ketidakmandirian untuk mandi, tanda-tandanya:

Gangguan kemampuan untuk ke kamar mandi, gangguan kemampuan untuk mengeringkan badan, gangguan kemampuan untuk mengambil air, gangguan kemampuan untuk menyabun badan.

- c. Ketidakmandirian untuk berpakaian, tanda-tandanya:

Penurunan motivasi, ketidaknyamanan, kelelahan, ada faktor lingkungan yang menghalangi, gangguan kemampuan untuk memilih

pakaian, gangguan kemampuan untuk mengambil pakaian, gangguan kemampuan untuk berpakaian cepat, gangguan kemampuan untuk menemukan pakaian, gangguan kemampuan untuk memasang kancing dan resleting, gangguan otot dan tulang, nyeri.

d. Ketidakmandirian toilet, tanda-tandanya:

Gangguan kemampuan untuk kebersihan diri setelah buang air kecil dan besar, gangguan untuk duduk di toilet, gangguan untuk membersihkan toilet setelah buang air besar dan kecil, gangguan kemampuan untuk menggunakan pakaian kembali setelah buang air besar dan kecil.

e. Ketidakmandirian makan, tanda-tandanya:

Gangguan kemampuan untuk mengambil makanan ke mulut, gangguan kemampuan membawa peralatan makan, ketidakmampuan untuk menggunakan peralatan makan, gangguan kemampuan memasukkan makanan ke dalam mulut, ketidakmampuan untuk membuka tempat makanan, ketidakmampuan untuk menyiapkan makanan sendiri.

f. Mengabaikan perawatan diri (konstelasi perilaku budaya yang melibatkan satu atau lebih aktivitas perawatan diri dimana ada kegagalan untuk mempertahankan standar dari kesehatan dan kesejahteraan yang diterima secara sosial), tanda-tandanya:

Perubahan fungsi kognitif, gangguan fungsional, ketidakmampuan untuk memelihara kontrol diri, ketidakmampuan belajar, pilihan gaya hidup, gangguan psikologis, stres, berpura-pura.

8. Kognitif

a. Kurangnya pengetahuan, tanda-tandanya:

Kurangnya pengetahuan tentang prosedur perawatan, kurangnya kemampuan dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perilaku yang tidak sesuai.

b. Gangguan memori (Ketidakmampuan mengingat atau menjelaskan kembali informasi atau keterampilan yang sudah diberikan), tanda-tandanya:

Pelupa, perilaku yang lupa jadwal, ketidakmampuan belajar informasi dan keterampilan yang baru, ketidakmampuan untuk mengingat kejadian yang lalu, ketidakmampuan untuk menyimpan informasi baru.

c. Gangguan komunikasi verbal, tanda-tandanya:

Tidak ada kontak mata, kesulitan berkomunikasi, kesulitan menyampaikan pemikiran melalui kata-kata, kesulitan menyusun kalimat, kesulitan menggunakan tubuh dan wajah untuk mengekspresikan perasaannya, kesulitan berbicara, disorientasi tempat, orang dan waktu.

9. Persepsi diri

a. Keputusan (Pernyataan subjektif di mana seorang individu memiliki keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia yang dapat digunakan kepentingan sendiri), tanda-tandanya:

Gangguan pola tidur, penurunan afek, penurunan nafsu makan, penurunan inisiatif, penurunan respon lingkungan, penurunan komunikasi verbal, kurang kontak mata, pasif.

b. Harga diri rendah (Penilaian negatif terhadap kemampuan diri sendiri), tanda- tandanya:

Tergantung pada pendapat orang lain, melebih-lebihkan umpan balik negatif terhadap diri sendiri, merasa bersalah, mencari jaminan secara berlebihan, ragu- ragu untuk mencoba pengalaman baru, perilaku yang bimbang, perilaku yang tidak asertif, pasif, kontak mata yang kurang, terlalu penurut, menolak umpan balik yang positif, mengulang kembali kejadian-kejadian yang gagal pada masa lalu, menilai kemampuan diri terlalu rendah tidak sesuai dengan kenyataan.

c. Gangguan gambaran diri (kebingungan mental dalam melihat gambaran fisik diri sendiri), tanda-tandanya:

Tidak mengerti bagian-bagian tubuh sendiri, perubahan fungsi tubuh, perubahan struktur tubuh, menghindari melihat tubuh sendiri,

menghindari menyentuh tubuh sendiri, perilaku tidak mengenal tubuhnya sendiri, perubahan gaya hidup, perasaan negatif terhadap tubuh sendiri.

10. Peran

- a. Gangguan pengasuhan (ketidakmampuan pengasuh untuk memelihara dan meningkatkan pertumbuhan serta perkembangan anak), tandanya:
 - 1) Anak: perilaku menyimpang, kemunduran perkembangan kognitif, cemas, kegagalan berkembang, sering terjadi kecelakaan, sering sakit, riwayat penganiayaan, riwayat trauma, gangguan fungsi sosial, kurangnya prestasi akademik, perkembangan yang lambat, melarikan diri, temperamental, anak prematur.
 - 2) Orang tua: kondisi tertinggal, penurunan kemampuan mengasuh anak, kurangnya interaksi antara anak dan orang tua, riwayat penganiayaan, bermusuhan, kurangnya pemeliharaan kesehatan pada anak, perilaku merawat yang tidak konsisten, ketidakmampuan memenuhi kebutuhan anak, mengabaikan kebutuhan anak, perilaku menghukum, menolak anak, berkata negatif tentang anak, lingkungan rumah tidak aman, kurangnya keterampilan berkomunikasi, perubahan fungsi kognitif, berpendidikan rendah, kurangnya pengetahuan tentang perkembangan anak, kurangnya pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan pada anak, orang tua tunggal, harga diri rendah, stres, kehamilan yang tidak direncanakan dan diinginkan, kesulitan bekerja.
- b. Disfungsi proses keluarga (fungsi psikososial, spiritual, dan fisiologis keluarga yang tidak dapat dijalankan sehingga terjadi ketidakefektifan pemecahan masalah dan krisis dalam keluarga).

Tanda-tandanya:

- 1) Perilaku: agitasi, perubahan konsentrasi, menyalahkan, tidak menepati janji, kekacauan, menghindari konflik, berduka yang

berlebihan, pola komunikasi yang kurang, penurunan kontak fisik, ketergantungan, kesulitan untuk menciptakan suasana yang membahagiakan, kesulitan menjalin hubungan yang intim, gangguan prestasi akademik pada anak, pengambilan keputusan yang keras, tidak matang, ketidakmampuan menerima perbedaan perasaan, ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan emosional, spiritual dan keamanan dari anggota keluarga, ketidaksesuaian ekspresi marah, kurangnya pengetahuan tentang penganiayaan, kurangnya keterampilan berkomunikasi, kurangnya kemampuan mengambil keputusan, berbohong, manipulasi, menyalahkan diri sendiri, isolasi sosial, stres, penganiayaan anak dengan kata-kata, penganiayaan orang tua dengan kata-kata.

- 2) Perasaan: Marah, cemas, bingung, depresi, tertekan, gagal, tidak puas, jengah, takut, merasa bersalah, kesepian, frustrasi, tidak ada perasaan sayang, perasaan yang tidak dapat dimengerti, perasaan yang berbeda kepada tiap orang, bermusuhan, menyakiti, tidak aman, kesepian, kehilangan identitas, harga diri rendah, tidak percaya, keinginan untuk melakukan sesuatu berkurang, tidak ada kekuatan, menolak, tertekan, tidak bahagia, rentan.
 - 3) Peran dan hubungan: perubahan fungsi peran, masalah keluarga yang lama, sistem komunikasi tertutup, konflik antar anggota keluarga, hubungan yang tidak harmonis dalam keluarga, ketidakmampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan anggota keluarga, ritual dan peran keluarga yang gagal, keluarga menolak, kurangnya respek keluarga untuk kemandirian anggota keluarganya.
- c. Ketidakefektifan hubungan (Pola hubungan yang saling menguntungkan dalam keluarga yang kurang untuk memenuhi kebutuhan keluarga).

Tanda-tandanya: Keterlambatan dalam memenuhi tujuan yang sesuai dengan tahapan siklus hidup keluarga, ketidakpuasan hubungan antar anggota keluarga, ketidakpuasan secara emosional antar anggota

keluarga, ketidakpuasan berbagi ide antar anggota keluarga, ketidakpuasan berbagi informasi antar anggota keluarga, kurangnya pengertian antar anggota keluarga, kurangnya keseimbangan kemandirian antar anggota keluarga, kurangnya kerjasama, kurangnya dukungan, kurangnya komunikasi.

- d. Konflik peran pengasuhan (Pengalaman peran pengasuhan orang tua yang bingung dan terjadi konflik untuk berespon terhadap krisis).

Tanda-tandanya: cemas, perubahan peran pengasuhan, frustrasi, gelisah, persepsi yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan anak, persepsi kehilangan kontrol dalam mengambil keputusan yang berhubungan dengan anak.

- e. Gangguan interaksi sosial (Kurangnya hubungan sosial baik kuantitas maupun kualitas).

Tanda-tandanya: Ketidaknyamanan situasi sosial, ketidakpuasan dengan perubahan sosial, tidak berfungsinya hubungan dengan orang lain, gangguan fungsi sosial.

11. Koping (Mekanisme Pertahanan Diri)

- a. Cemas, tanda-tandanya:

- 1) Perilaku: Penurunan produktifitas, pergerakan eksternal, gelisah, melirik sekitar, insomnia, kurangnya kontak mata, melihat disekitar dengan hati-hati, khawatir tentang perubahan kejadian

- 2) Sikap: menderita, perasaan tertekan, takut, perasaan yang tidak adekuat, kecemasan yang meningkat, cepat marah, menyesal, bingung, perasaan tidak berdaya, fokus diri, ketidakpastian, khawatir.

- 3) Fisiologis: muka tegang, tangan tremor, peningkatan frekuensi nafas, peningkatan tekanan darah, cepet goyah, gemetar, bergetar suara.

- 4) Simpatik dan parasimpatik: perubahan pola nafas, tidak nafsu makan, diare, mulut kering, muka merah, kelemahan, nyeri perut,

perubahan pola tidur, penurunan denyut jantung, mual, peningkatan frekuensi buang air kecil.

5) Kognitif: perubahan perhatian, perubahan konsentrasi, bloking (Hilang ide secara tiba-tiba), penurunan kemampuan pemecahan masalah.

b. Ketidakefektifan coping, tanda-tandanya:

Perubahan konsentrasi, perubahan pola tidur, perubahan pola komunikasi, kelemahan, sering sakit, ketidakmampuan untuk mengatakan minta tolong, ketidakefektifan strategi coping, kurangnya dukungan sosial, kurangnya ketrampilan mengambil keputusan.

c. Ketidakberdayaan (Pengalaman hidup yang kurang kontrol terhadap situasi, termasuk persepsi bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan berhasil).

Tanda-tandanya: mengasingkan diri, ketergantungan, depresi, keraguan tentang peran yang dijalankan, frustrasi dengan kemampuan yang dimiliki, kurang dapat mengontrol perilaku, malu.

12. Kebutuhan Keamanan

a. Risiko infeksi

Faktor risiko: menderita penyakit kronis, tidak imunisasi, kurang pengetahuan, dilakukan proses pembedahan, malnutrisi, obesitas, perubahan peristaltik, perubahan integritas kulit, prematur, perokok.

b. Perubahan integritas kulit

Hipertemi (Suhu tubuh di atas normal)

Karakteristik: Kejang, kulit merah hipotensi, kelemahan, takikardi (Denyut nadi di atas normal, frekuensi nafas di atas normal).

c. Hipotermi (Suhu tubuh di bawah normal)

Karakteristik: denyut nadi di bawah normal, kebiruan pada kuku, penurunan frekuensi napas, hipoksia (O₂ dalam jaringan rendah), kulit terasa dingin, gemetar.

d. Ketidakefektifan termoregulasi (suhu tubuh yang berubah-ubah dari hipotermi ke hipertermi atau sebaliknya).

Karakteristik: kuku kebiruan, perubahan suhu yang tiba-tiba, kulit kemerahan, peningkatan frekuensi napas, denyut nadi meningkat.

13. Kenyamanan

- a. Perubahan kenyamanan fisik (Persepsi Kurangnya kemudahan dan bantuan pada dimensi fisik dan psikologis).

Karakteristik: perubahan pola tidur, cemas, menangis, perasaan yang tidak nyaman, perasaan ingin marah.

- b. Mual

Tanda-tandanya: Keengganan terhadap makanan, sensasi tersedak, peningkatan pengeluaran air liur, peningkatan keinginan menelan, mual, rasa asam.

- c. Nyeri akut (pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, onset mendadak atau lambat, intensitas apapun dari ringan sampai berat dengan akhir diantisipasi atau diprediksi secara subyektif), tanda-tandanya:

Perubahan parameter fisiologis (tekanan darah, denyut nadi, frekuensi pernapasan), perubahan nafsu makan, keringat yang berlebihan, perilaku pengalihan perhatian, perilaku yang menunjukkan ekspresi (waspada, menangis, gelisah), ekspresi wajah (mata kurang berkilau, kelihatan terpukul, selalu bergerak, menyeringai), perilakunya berhati-hati, putus asa, melaporkan adanya nyeri baik oleh klien maupun keluarga, pupil melebar, fokus pada diri sendiri, teridentifikasi nyeri berdasarkan hasil pengkajian nyeri pada klien dengan menggunakan instrumen McGill, Brief Pain Inventory.

- d. Nyeri kronis (pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, onset mendadak atau lambat, intensitas apapun dari ringan sampai berat, konstan atau berulang tanpa diantisipasi atau diprediksi dan durasi lebih dari 3 bulan), tanda-tandanya: Perubahan kemampuan untuk melakukan aktifitas secara terus menerus, perubahan pola

tidur, tidak nafsu makan, perilaku yang menunjukkan ekspresi (waspada, menangis, gelisah), ekspresi wajah (mata kurang berkilau, kelihatan terpukul, selalu bergerak, menyeringai), perilakunya berhati-hati, putus asa, melaporkan adanya nyeri baik oleh klien maupun keluarga, pupil melebar, fokus pada diri sendiri, teridentifikasi nyeri berdasarkan hasil pengkajian nyeri pada klien dengan menggunakan instrumen McGill, Brief Pain Inventory.

- e. Perubahan kenyamanan lingkungan (Persepsi Kurangnya kemudahan dan bantuan pada dimensi lingkungan), tanda-tandanya: Perasaan terlalu dingin, perasaan terlalu panas, ketidakmampuan untuk santai, ketidakpuasan pada situasi
- f. Isolasi sosial (Pengalaman kesendirian oleh individu yang dirasakan atau dipaksakan oleh orang lain dan sebagai status yang negatif), tanda-tandanya: Tidak ada dukungan sosial, sendiri karena dipaksakan sendiri oleh orang lain, budaya yang tidak sesuai, keinginan untuk sendiri, perkembangan yang terlambat, menonaktifkan kondisi, perasaan yang berbeda dengan orang lain, afek datar, menolak riwayat hidup, bermusuhan, kurangnya kemampuan untuk menaruh harapan kepada orang lain, merasa tidak aman berada ditempat umum, semua yang dilakukan tidak berarti, kurangnya kontak mata, tindakan yang berulang-ulang, nilai-nilai yang tidak sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat, menarik diri/ditarik.

14. Spiritual

- a. Distress moral (ketidakmampuan berespon pada seseorang dalam mengambil keputusan terkait dengan etika/moral), tanda-tandanya: Menderita ketika harus memilih 1 keputusan terkait moral (Misalnya ketidakberdayaan, cemas, takut).
- b. Perubahan religiusitas (perubahan kemampuan untuk melakukan kegiatan terkait kepercayaan dan partisipasi dalam ritual tradisi pada agama tertentu). Keinginan untuk berhubungan kembali dengan pola

kepercayaan terdahulu, kesulitan dalam mengikuti kegiatan ibadah, pertanyaan tentang kegiatan ibadah.

- c. Distres spiritual (suatu kondisi terkait dengan gangguan kemampuan untuk memberikan makna dalam hidup melalui koneksi dengan diri dan orang lain, dunia atau sesuatu yang superior, tanda-tandanya Cemas, menangis, kelelahan, takut, tidak bisa tidur, pertanyaan tentang identitas diri, pertanyaan tentang arti hidup, pertanyaan tentang arti penderitaan.

C. Petunjuk Praktik Klinik

1. Lakukan identifikasi data hasil pengkajian dengan menemukan data senjang dengan cara membandingkan data hasil pengkajian dengan standar normal atau data/ kondisi yang seharusnya.
2. Lakukan analisa data keperawatan keluarga
Menyusun dan mengelompokkan data senjang ke dalam data subjektif dan data objektif untuk kemudian data yang sejenis atau data yang berkaitan dikelompokkan dan dimasukkan ke dalam kolom data pada tabel analisa data keperawatan keluarga

Tabel 3. Diagnosis Keperawatan Keluarga

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS : DO :	
2	Dst.....	

3. Lakukan perumusan diagnose keperawatan komunitas kelompok khusus
 - a. Persiapan
Persiapan yang anda harus lakukan adalah tabel analisa data dan buku referensi: NANDA, ICNP

b. Pelaksanaan

Perlu diingat bahwa dalam merumuskan diagnose keperawatan komunitas kelompok khusus dilakukan dengan menyiapkan data dari analisa data yang telah dilakukan sebelumnya. Cermatilah data pada tabel analisa data dengan baik dan cerdas.

Langkah-langkahnya sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi keluhan klien dan atau keluarga
- 2) Memasukkan domain
- 3) Memasukkan kelas
- 4) Melihat definisi diagnose
- 5) Melihat batasan karakteristik

Sesuai dengan hasil Kongres IPKKI, penulisan dignosa keperawatan keluarga ditulis tanpa menyebutkan penyebab (etiologi) dari masalah kesehatan yang dialami atau diagnose tunggal (*single diagnose*). Sebagai contoh perumusan diagnose adala sebagai berikut:

Tabel 4. Contoh Penulisan Diagnosa Keperawatan Keluarga

No	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan
1	<p>DS:</p> <p>a. Tn. S mengatakan bahwa An. C dalam 1 minggu terakhir mengalami diare</p> <p>b. Ny. S mengatakan bahwa An. C tidak mau menggunakan alas kaki dan jarang mencuci tangan serta kaki setelah bermain</p> <p>DO:</p> <p>Hasil observasi perawat didapatkan</p> <p>a. An. C tidak melakukan cuci tangan setelah bermain</p> <p>b. An. C tidak mengenakan alas kaki</p> <p>c. Kuku An. C panjang dan kotor</p>	Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada keluarga Tn. S

Setelah diagnose keperawatan dirumuskan, selanjutnya masalah/ diagnose tersebut dilakukan prioritas masalah untuk dicari pemecahan

masalahnya. Dalam melakukan prioritas perlu melibatkan seluruh anggota keluarga karena penetapannya bersama dengan keluarga.

D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik

Pendokumentasian diagnose keperawatan komunitas dimulai dari mengumpulkan hasil pengkajian, proses analisa data, serta merumuskan diagnosis keperawatan. Buatlah daftar diagnose keperawatan catatlah hasil kegiatan anda tersebut ke dalam dokumentasi laporan asuhan keperawatan keluarga.

III. KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

Kegiatan Praktik Klinik 3

INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Apa kabar anda? Masih semangat untuk melanjutkan tahap berikutnya. Mari kita masuk pada tahap proses keperawatan yang ketiga adalah dengan melakukan penyusunan rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul. Praktik klinik perencanaan keperawatan komunitas keluarga untuk memberikan pengalaman belajar kepada peserta didik untuk mempraktikkan bagaimana cara menyusun rencana keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan yang telah dirumuskan. Rencana keperawatan yang disusun mencakup prioritas masalah, penetapan tujuan, dan rencana intervensi. Dalam menentukan tujuan dan intervensi anda perlu mempertimbangkan sarana dan prasarana yang dimiliki keluarga serta kemampuan keluarga untuk melaksanakan rencana yang telah disusun. Perencanaan keperawatan merupakan bagian penting dalam proses asuhan keperawatan karena perencanaan ini merupakan dasar berpijak dalam melakukan tindakan keperawatan (implementasi keperawatan). sehingga perencanaan yang tepat akan dapat dapat memecahkan masalah yang dihadapi. Namun demikian sebaliknya bila perencanaan tidak akurat, dan tidak tepat, maka tujuan tidak akan tercapai dan masalah keperawatan tidak teratasi.

Untuk memudahkan Anda dalam melaksanakan perencanaan keperawatan keluarga, maka panduan ini akan diuraikan dalam kegiatan praktik klinik yaitu: prioritas masalah keperawatan keluarga, rumusan tujuan keperawatan keluarga dan intervensi keperawatan keluarga. Pada akhir kegiatan praktik keperawatan keluarga, secara umum anda diharapkan mampu memahami dan menyusun perencanaan keperawatan keluarga dan secara khusus anda

diharapkan dapat; memprioritaskan masalah keperawatan keluarga, merumuskan tujuan dan menyusun kriteria evaluasi bersama-sama keluarga.

Masih ingat dengan langkah-langkah penyusunan intervensi? Nah, untuk memperlancar kegiatan silakan dapat mengikuti langkah-langkahnya, sebagai berikut:

1. Pelajari terlebih dahulu proses keperawatan keluarga, Standar Operating Prosedure (SOP) yang berkaitan dengan perencanaan keperawatan keluarga dan lakukan latihan-latihan menyusun perencanaan keperawatan keluarga.
2. Pahami juga tentang cara melakukan prioritas masalah keluarga.
3. Keberhasilan proses pembelajaran anda dalam mata kuliah ini sangat bergantung kepada kesungguhan anda dalam mengerjakan kolaborasi dengan sektor lain.
4. Bila anda menemukan kesulitan, seilahkan hubungi instruktur klinik/pembimbing atau fasilitator yang mengampu mata kuliah ini.

B. Uraian Materi

Proses 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 keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Menetapkan prioritas masalah

Menetapkan prioritas masalah/ diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Maglaya (2009)

Tabel 5. Skala untuk Menentukan Prioritas Diagnosis Keperawatan Keluarga

Kriteria	Skore	Bobot	Rumus Menghitung
1. Sifat Masalah: a. Aktual	3	1	<u>Sifat Masalah yang muncul</u> x Bobot

b. Risiko/Ancaman Kesehatan c. Keadaan sejahtera d. diagnosis sehat	2 1		Skore
2. Kemungkinan Masalah dapat diubah : a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2	<u>Kemungkinan Masalah yang muncul</u> x Bobot Skore
3. Kemungkinan Masalah dapat dicegah: a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1	<u>Kemungkinan Masalah yang muncul</u> x Bobot Skore
4. Menonjolnya Masalah: a. Masalah dirasakan dan harus segera ditangani b. Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1	<u>Menonjolnya Masalah yang muncul</u> x Bobot Skore
Jumlah Total			Hasil

Cara Skoring:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikan dengan bobot
- c. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria

2. Faktor-faktor yang dapat Memengaruhi Penentuan Prioritas

Penentuan prioritas masalah didasarkan dari empat kriteria, yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah.

- a. Kriteria pertama, yaitu sifat masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada masalah actual karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga
- b. Kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah, perawat perlu memperhatikan terjangkaunya factor-faktor sebagai berikut:
 - 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah
 - 2) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga
 - 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan, dan waktu
 - 4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
- c. Kriteria ketiga, yaitu potensi masalah dapat dicegah. Factor-faktor yang perlu diperhatikan adalah:
 - 1) Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah
 - 2) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah
 - 3) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah
 - 4) Adanya kelompok high risk atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah
- d. Kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor yang tertinggi yang terlebih dahulu diberikan intervensi keluarga.

Adapun hal-hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan tujuan keperawatan keluarga yaitu:

- a. Tujuan harus berorientasi pada keluarga, dimana keluarga diarahkan untuk mencapai suatu hasil

- b. Criteria hasil atau standar hasil pencapaian tujuan harus benar-benar bisa diukur dan dapat dicapai oleh keluarga
- c. Tujuan menggambarkan berbagai alternative pemecahan masalah yang dapat dipilih oleh keluarga
- d. Tujuan harus bersifat spesifik atau sesuai dengan konteks diagnosis keperawatan keluarga dan factor-faktor yang berhubungan
- e. Tujuan harus menggambarkan kemampuan dan tanggung jawab keluarga dalam pemecahan masalah. Penyusunan tujuan harus bersama-sama dengan keluarga.

Rencana tindakan keperawatan keluarga merupakan sekumpulan rencana tindakan yang direncanakan perawat untuk mengatasi penyebab sesuai dengan rencana/ kriteria evaluasi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengembangkan rencana keperawatan adalah:

- a. Rencana keperawatan harus berdasarkan atas analisa secara menyeluruh tentang masalah situasi keluarga.
- b. Rencana keperawatan harus realistis. Artinya dapat dilaksanakan dan dapat menghasilkan apa yang diharapkan.
- c. Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan, misalnya jika instansi kesehatan yang bersangkutan tidak memungkinkan pemberian pelayanan secara cuma-cuma, maka perawat harus mempertimbangkan hal tersebut dalam membuat rencana keperawatan dan tindakan.
- d. Rencana keperawatan harus dibuat bersama keluarga, hal ini sesuai dengan prinsip bahwa perawat bekerja bersama keluarga dan bukan untuk keluarga.
- e. Rencana keperawatan dibuat secara tertulis, hal ini berguna bagi perawat maupun tim kesehatan lainnya, serta dapat membantu dalam mengawasi perkembangan masalah keluarga.

Tabel 6. Contoh Perencanaan Asuhan Keperawatan Keluarga

Data	Diagnosis Keperawatan		NOC		NIC	
	Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
DS: Klien mengatakan a. Dada terasa diremas b. Cepat lelah c. Letih d. Riwayat keluarga e. Rasa terbakar di dada f. Perasaan mual g. Pusing h. Detak jantung tidak teratur i. Perokok DO: Hasil pemeriksaan j. Tekanan darah : 160/ 100 mmHg k. BB diatas normal (obesitas) l. Malas beraktivitas m. Kolesterol : > 240 n. EKG : Nampak aritmia	00188	Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko		Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan.		Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan.
			1803	Pengetahuan kesehatan	5606	Pengajaran: individu
			1602	Pengetahuan tentang proses penyakit	5604	Pengajaran: kelompok
				Perilaku peningkatan kesehatan	5602	Pengajaran: proses penyakit
			1603	Mencari informasi masalah kesehatannya	1100	Manajemen nutrisi
			1827	Status nutrisi	1120	Terapi nutrisi
					5246	Konseling nutrisi
			1411		1160	Monitoring nutrisi
				Keluarga mampu memutuskan tindakan dan keyakinan keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan:		Keluarga mampu memutuskan: memperkuat atau meningkatkan kognitif yang diinginkan atau mengubah kognitif yang tidak

o. Peningkatan kolesterol			1606	Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan	5250	diinginkan Dukungan membuat keputusan
			1700	Keyakinan kesehatan	5310	Membangun harapan
			2202	Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan	5270	Dukungan emosi
			2605	Kesiapan caregiver dalam perawatan di rumah		
			2609	Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional		
			1622	Keluarga mampu merawat/ membantu melaksanakan ADL Perilaku kepatuhan: diit yang	1280	Keluarga mampu merawat, keluarga dalam membantu melaksanakan ADL Bantuan penurunan berat badan

			1705 2006	dianjurkan Orientasi kesehatan Status kesehatan personal	1400 5390	Manajemen nyeri Peningkatan kesadaran diri
			1908 1914	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan Deteksi risiko Kontrol risiko: penyakit kardiovaskuler	6610 4360	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan Identifikasi risiko Modifikasi perilaku
			1806 1603 2605	Keluarga memiliki kemampuan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan Pengetahuan tentang sumber- sumber kesehatan Perilaku mencari pelayanan kesehatan Partisipasi keluarga dalam perawatan keluarga	7910 8100 7400	Keluarga memiliki kemampuan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan Konsultasi Rujukan Bantuan system kesehatan

C. Petunjuk Praktik Klinik

Dalam mempersiapkan perencanaan keluarga, mahasiswa harus berkoordinasi dan melibatkan seluruh anggota keluarga. Lakukan proses diskusi dengan terbuka dan usahakan keluarga memiliki peran serta secara aktif dalam mengikuti kegiatan ini.

1. Persiapan

Setelah perumusan diagnosis dan penyusunan prioritas diagnosis keperawatan keluarga oleh mahasiswa telah selesai dilakukan, maka ajaklah keluarga untuk menyusun perencanaan sebagai upaya dalam mengatasi masalah kesehatan

2. Pelaksanaan: mulai membuat rencana tindakan keperawatan dengan mengacu pada tujuan dan kriteria evaluasi.

a. Rencana tindakan untuk membantu keluarga dalam rangka menstimulasi kesadaran dan penerimaan terhadap masalah keperawatan keluarga adalah dengan memperluas dasar pengetahuan keluarga, membantu keluarga untuk melihat dampak atau akibat dari situasi yang ada, menghubungkan antara kebutuhan kesehatan dengan sasaran yang telah ditentukan, dan mengembangkan sikap positif dalam menghadapi masalah.

Contoh rencana tindakannya meliputi:

- 1) Berikan pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi
- 2) Diskusikan dengan keluarga tentang pemahaman penyakit hipertensi yang dimiliki keluarga
- 3) Berikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya
- 4) Berikan penguatan dengan pujian apabila keluarga berpartisipasi aktif selama kegiatan berlangsung.

b. Rencana tindakan untuk membantu keluarga agar dapat menentukan keputusan yang tepat. Rencana tindakan yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Diskusikan dengan keluarga tentang konsekuensi yang akan timbul jika tidak melakukan tindakan

- 2) Diskusikan tentang alternatif tindakan yang mungkin dapat diambil serta sumber-sumber yang diperlukan
 - 3) Diskusikan dengan keluarga tentang manfaat dari masing-masing alternative tindakan
- c. Rencana tindakan agar keluarga dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit. Rencana tindakannya meliputi:
- 1) Ajarkan keluarga tentang terapi komplementer, seperti senam kaki diabetik
 - 2) Berikan kesempatan pada keluarga untuk mempraktekkannya sendiri
 - 3) Berikan pujian pada keluarga apabila mampu mempraktekkan dengan benar
 - 4) Buatlah jadwal kegiatan senam kaki bersama-sama keluarga
- d. Untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan. Rencana tindakannya adalah:
- 1) Diskusikan dengan keluarga tentang pengaturan lingkungan psikologis yang nyaman di keluarga.
 - 2) Diskusikan dengan keluarga tentang pembagian peran masing-masing anggota keluarga.
 - 3) Diskusikan jalur komunikasi antar anggota keluarga untuk menghindari konflik di keluarga.
 - 4) Diskusikan dengan keluarga tentang kecukupan ventilasi, pencahayaan, kebersihan dan pengaturan ruangan.
 - 5) Bantu keluarga memperbaiki fasilitas fisik yang ada
- e. Rencana tindakan berikutnya untuk membantu keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, Perawat harus mempunyai pengetahuan yang luas dan tepat tentang sumber daya yang ada di masyarakat dan cara memanfaatkannya. Rencana tindakan yang dapat disusun:

- 1) Diskusikan tentang fasilitas kesehatan yang biasa digunakan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan
 - 2) Berikan informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga
 - 3) Diskusikan tentang fasilitas kesehatan yang sesuai yang dapat digunakan oleh seluruh anggota keluarga.
3. Apabila ada kesulitan, silakan hubungi pembimbing klinik dan atau akademik

4) Pelaporan Hasil Praktik Klinik

Kegiatan perencanaan keluarga telah selesai, tugas anda selanjutnya adalah menyusun laporan pelaksanaan perencanaan komunitas. Buatlah laporan secara sistematis dan terinci. Dokumentasi perencanaan keperawatan keluarga secara lengkap mencakup diagnosa keperawatan sesuai prioritas, tujuan, rencana evaluasi dan rencana tindakan keperawatan keluarga.

IV. KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

Kegiatan Praktik Klinik 4

<p style="text-align: center;">IMPLEMENTASI KEPERAWATAN KELUARGA</p>

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Praktik klinik implementasi keperawatan keluarga untuk memberikan pengalaman belajar kepada peserta didik untuk mempraktikkan melaksanakan tindakan keperawatan keluarga untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang terjadi. Setelah menyelesaikan kegiatan praktik klinik 4 tentang implementasi keperawatan keluarga mahasiswa diharapkan mampu: melaksanakan implementasi keperawatan keluarga yang dapat dilakukan pada individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya.

B. Uraian Materi

Implementasi yang ditujukan pada individu, meliputi:

1. Tindakan keperawatan langsung
2. Tindakan kolaboratif dan pengobatan dasar
3. Tindakan observasi
4. Tindakan pendidikan kesehatan

Implementasi keperawatan yang ditujukan pada keluarga meliputi:

1. Meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
2. Membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat untuk individu dengan cara mengidentifikasi konsekuensi jika tidak melakukan

- tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah, mengawasi keluarga melakukan perawatan
 4. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
 5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara mengenalkan fasilitas yang ada di lingkungan keluarga, membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

C. Petunjuk Praktik Klinik

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan untuk membantu keluarga dalam memenuhi kebutuhan dan membantuk menyelesaikan masalah kesehatan keluarga dan anggota keluarganya. Fokus pada tahap implementasi adalah bagaimana mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Setelah anda mengidentifikasi dan menentukan implemntasi/ tindakan, maka buatlah persiapan untuk melaksanakan tindakan keperawatan. Misalnya bila anda akan melakukan tindakan penyuluhan atau pendidikan kesehatan pada keluarga, maka persiapan yang harus anda lakukan juga persiapan untuk melaksanakan pendidikan kesehatan mulai dari persiapan individu/keluarga, persiapan lingkungan, penyusunan SAP (Satuan Acara Penyuluhan), media yang digunakan sampai pada persiapan alat-alat yang diperlukan.

Setelah melakukan persiapan, selanjutnya lakukan pendekatan dengan keluarga untuk membina hubungan saling percaya dengan keluarga. Sampaikan maksud dan tujuan anda sebelum melakukan tindakan agar keluarga mengerti dan mendukung serta mau bekerja sama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga.

Langkah-langkah yang harus anda lakukan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga adalah:

1. Perhatikan diagnosa keperawatan keluarga prioritas pertama yang telah anda susun dan lihatlah intervensi/ rencana tindakan apa yang telah anda tetapkan guna memenuhi kebutuhan atau menyelesaikan masalah kesehatan keluarga.

Sebagai contoh, bila diagnosa keperawatan prioritas pertama adalah “...., maka rencana tindakan (intervensi) yang menjadi prioritas pertama untuk dilaksanakan.

2. Selanjutnya beritahu keluarga atau klien tentang rencana tindakan yang akan dilaksanakan, sambil mempersiapkan keluarga atau klien untuk tindakan dimaksud.
3. Kemudian dekatkan alat-alat yang diperlukan disisi klien yang akan dilakukan tindakan keperawatan.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan langkah demi langkah sesuai dengan Prosedur standar operasional yang telah ditetapkan.
5. Amati respon klien/ keluarga selama proses/ pelaksanaan tindakan berlangsung.
6. Akhiri tindakan keperawatan dengan melakukan terminasi kepada keluarga atau klien dengan mengucapkan salam.
7. Rapihkan tempat atau lingkungan keluarga dan kemas barang atau alat-alat yang telah dipergunakan.

D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik

Tindakan keperawatan atau implementasi yang telah anda lakukan kepada keluarga jangan lupa harus anda dokumentasikan ke dalam bentuk laporan kegiatan. Laporkan setiap tindakan dan hasil dari tindakan keperawatan yang telah anda lakukan serta catat juga respon keluarga baik secara obyektif maupun secara subyektif.

Pencatatan dan pelaporan dibuat dalam format asuhan keperawatan keluarga. Serahkan laporan segera setelah praktik selesai. Hasil implementasi

keperawatan keluarga dituangkan ke dalam tabel implementasi yang merupakan bagian dari rencana asuhan keperawatan seperti di bawah ini.

Tabel 7. Implementasi Keperawatan Keluarga

Tanggal/ Jam	No. Diagnosa	Implementasi	Respon	Tanda Tangan
16 Januari 2018 Jam 15.30 WIB	1	1. Melakukan pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS) 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang DM 3. Mengajarkan terapi senam kaki DM	Subyektif: 1. Keluarga mampu menjelaskan tentang definisi DM, tanda gejala DM, etiologi DM, penatalaksanaan DM 2. Keluarga mengatakan belum tahu jika Ny. V menderita DM 3. Ny. V mengatakan jika ibunya memiliki riwayat DM Obyektif: 1. Nilai gula darah: 230 mg/ dL 2. Keluarga mampu mengikuti kegiatan pendidikan kesehatan dari awal sampai akhir dan cukup antusias 3. Ny. V mampu melaksanakan terapi senam kaki DM sesuai prosedur yang telah diajarkan oleh perawat.	<i>Anggita</i>
Dan seterusnya..				

V. KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

Kegiatan Praktik Klinik 5

EVALUASI KEPERAWATAN KELUARGA

A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Mahasiswa sekalian yang berbahagia, setelah anda menyelesaikan tahap implementasi keperawatan keluarga, kini saatnya masuk di bagian akhir dari proses keperawatan keluarga, yakni evaluasi keperawatan. Setelah menyelesaikan kegiatan evaluasi keperawatan keluarga, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Melaksanakan evaluasi formatif dalam keperawatan keluarga
2. Melaksanakan evaluasi sumatif dalam keperawatan keluarga

Untuk mencapai tujuan dalam kegiatan praktik klinik 5 ini, maka mahasiswa diharapkan mempelajari tentang :

1. Evaluasi keperawatan keluarga
2. Amati bagaimana kondisi sumber daya keluarga yang ada saat ini
3. Keberhasilan proses pembelajaran sangat bergantung pada kesungguhan
Anda mempelajari isi panduan praktik klinik ini

B. Uraian Materi Kegiatan Belajar

Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Kerangka kerja evaluasi sudah terkandung dalam rencana perawatan jika secara jelas telah digambarkan tujuan perilaku yang spesifik maka hal ini dapat berfungsi sebagai kriteria evaluasi bagi tingkat aktivitas yang telah dicapai.

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 keperawatan. Perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemajuan klien dan keluarga terhadap pencapaian hasil dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji kemajuan status kesehatan dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan criteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan.

Tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Evaluasi disusun menggunakan SOAP dengan uraian:

- S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subyektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.
- O: Keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang obyektif.
- A: Merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subyektif dan obyektif.
- P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

C. Petunjuk Praktik Klinik

Beberapa hal yang perlu dipersiapkan untuk melaksanakan evaluasi praktik keperawatan diantaranya adalah alat tulis berupa buku/ kertas dan pena. Tidak kalah penting yaitu persiapan pengetahuan yang baik untuk membandingkan antara hasil tindakan keperawatan dengan standar yang ditetapkan. Setiap individu melakukan evaluasi formatif maupun sumatif terhadap pelaksanaan implementasi keperawatan keluarga berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan.

D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik

Selama proses dan setelah selesai melaksanakan tindakan keperawatan, lakukanlah evaluasi berdasarkan kriteria waktu yang ditetapkan. Laporan praktik evaluasi disusun segera setelah evaluasi keperawatan dilaksanakan. Catat semua informasi yang ada selama tindakan. Laporan evaluasi keperawatan dituangkan ke dalam format evaluasi asuhan keperawatan seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 8. Contoh Evaluasi Keperawatan Keluarga

Tanggal	No Diagnosa	Evaluasi Keperawatan	TTD
18 Januari 2018 19.00 WIB	1	<p>S: Keluarga mengatakan bahwa Ny. V mampu mengetahui tentang DM, suaminya bersedia untuk menemani Ny. V melakukan senam kaki DM, Ny. V sudah mulai mengurangi makanan yang manis, dan sudah mendatangi Puskesmas terdekat untuk memeriksakan kesehatan</p> <p>O: Ny. V mampu menjelaskan tentang penyakit DM, mampu melakukan senam kaki DM, dan sudah mendapatkan kartu periksa dari Puskesmas terdekat</p> <p>A: Keluarga Tn. S mampu mencapai 5 fungsi perawatan kesehatan keluarga yang meliputi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga lain yang sakit4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan untuk melakukan kegiatan senam kaki DM secara rutin2. Anjurkan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	<i>Anggita</i>

REFERENSI

- Bulechek, G.M., Bucher, H.K., Dochterman, J.M., dan Wagner, C.M. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)*. 6th edition. USA: Elsevier Mosby.
- Friedman, M., Bowden, V. R., & Elaine G, J. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T.H. dan Kamitsuru, S. (2015). *NANDA International Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi, 2015-2017*. Ed 10. Jakarta: EGC.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., dan Swanson, E. (2013). *Nursing outcomes classification (NOC)*. 6th edition. USA: Elsevier Mosby.
- Riasmini NM, Permatasari H. Chairani R. Astuti NW. Ria RTTM, et al. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, NIC di Puskesmas dan masyarakat*. Jakarta: UI Press.

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

- A. Definisi keluarga
- B. Tahap Tumbuh Kembang Keluarga
- C. Tahap Tumbuh Kembang Keluarga sesuai kasus
- D. Tugas Tahap Tumbuh Kembang Keluarga sesuai kasus
- E. Perhatian Pelayanan Kesehatan Tahap Tumbuh Kembang Keluarga sesuai kasus
- F. Masalah keperawatan yang mungkin muncul sesuai tahap tumbuh kembang keluarga sesuai kasus

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

PADA Tn.DENGAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA :.....

A. PENGKAJIAN

I. DATA UMUM

1. Nama KK :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Pekerjaan KK :
5. Pendidikan KK :
6. Komposisi keluarga :

No	Nama	Jenis Kelamin	Hub dgn KK	Umur	Tempat/ Tanggal Lahir	Pekerjaan	Pendidikan
1							
2							

7. Genogram: digambarkan dalam 3 generasi dan diberikan keterangan dari masing-masing gambar
8. Tipe keluarga : *Extended family* atau *nuclear family* (tipe keluarga yang tinggal dalam satu rumah)
9. Latar Belakang Budaya
 - a. Suku bangsa :
 - b. Bahasa yang digunakan :
 - c. Kebiasaan budaya yang berhubungan dengan masalah kesehatan:
 - d. Adat/ tradisi :
 - e. Nilai-nilai kebudayaan :
10. Identifikasi religious
 - a. Agama :
 - b. Kegiatan rutin keagamaan :
 - c. Persepsi keluarga tentang agama :

- d. Kepercayaan dan nilai- nilai agama :
- 11. Status sosial ekonomi
 - a. Kelas social : *Keluarga pra sejahtera, sejahtera I, sejahtera II atau sejahtera III*
 - b. Penanggung jawab ekonomi :
 - c. Dukungan ekonomi :
 - d. Jumlah pendapatan :
 - e. Fungsi ekonomi :
- 12. Aktivitas rekreasi keluarga :

II. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

- 13. Tahap perkembangan keluarga saat ini :
Sesuai dengan tahap perkembangan keluarga menurut Duvall 1977 (Tahap perkembangan keluarga I – VIII)
- 14. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
Disesuaikan dengan tugas perkembangan berdasarkan tahap perkembangan keluarga tersebut
- 15. Riwayat keluarga inti
Riwayat terbentuknya keluarga, dapat ditambahkan data kapan menikah, sudah berapa lama menikah, apakah pernah pindah rumah dari tempat tinggal yang sekarang
- 16. Riwayat Kesehatan Keluarga

III. LINGKUNGAN

- 17. Karakteristik rumah:
Menguraikan kepemilikan rumah, jenis bangunan, ubin, atap rumah, peletakan perabot rumah, pencahayaan, ventilasi, fasilitas rumah dan bagian-bagian dari rumah (kamar tidur, ruang tamu, kamar mandi, runag makan dsb), gambarkan denah rumah beserta arah mata angin

18. Karakteristik tetangga dan komunitas
19. Mobilitas geografi keluarga
 - a. Lamanya tinggal di daerah ini :
 - b. Asal daerah sebelum migrasi :
 - c. Transportasi yang digunakan :
20. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - a. Perkumpulan keluarga
 - b. Interaksi keluarga dengan masyarakat
21. Sistem pendukung keluarga
 - a. Informal :
 - b. Formal :
22. Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Dasar :
23. Persepsi Keluarga tentang Tenaga Kesehatan yang Ada :

IV. STRUKTUR KOMUNIKASI KELUARGA

24. Pola komunikasi keluarga
 - a. Arah :
 - b. Frekuensi :
 - c. Tipe : verbal, non verbal
 - d. Media :
 - e. Efektivitas :
25. Struktur kekuatan keluarga
 - a. Pengambilan keputusan :.
 - b. Teknik Pengambilan Keputusan :
 - c. Peran serta keluarga dalam pengambilan keputusan :
26. Struktur peran
 - a. Peran Formal :
 - b. Peran Informal :
 - c. Konflik Peran :
 - d. Model Peran :
27. Nilai dan Norma budaya

V. FUNGSI KELUARGA

28. Fungsi Afektif

- a. Kedekatan antar anggota keluarga :
- b. Masalah hubungan antar anggota keluarga :

29. Fungsi Sosialisasi

30. Fungsi Perawatan Kesehatan :

- a. Definisi sehat sakit menurut keluarga :
- b. Kebiasaan penggunaan obat/ alkohol/ tembakau :
- c. Peran keluarga dan praktek perawatan kesehatan :
- d. Fungsi perawatan kesehatan (spesifik masalah fisik dan psikologis):
 - 1) Mengenal masalah :
 - 2) Mengambil keputusan :
 - 3) Merawat anggota keluarga yang sakit:
 - 4) Memodifikasi lingkungan :
 - 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan :

31. Fungsi Reproduksi

- a. Perencanaan anggota keluarga :
- b. Metode yang digunakan untuk mengendalikan jumlah anggota keluarga :
- c. Masalah sistem reproduksi :

32. Fungsi Ekonomi

VI. STRESS DAN KOPING KELUARGA

33. Stressor jangka pendek dan jangka panjang

34. Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dan situasi

35. Strategi koping yang digunakan

VII. HARAPAN KELUARGA

VIII. PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

36. Praktik Pemenuhan Nutrisi Keluarga:

	Tn.	Ny.
Frekuensi		
Komposisi		
Kebutuhan		
Porsi		

37. Pemenuhan Cairan Keluarga :

	Tn.	Ny. ...
Kebutuhan		
Intake		
Output		
Balance		

38. Istirahat dan Tidur Keluarga

	Tn.	Ny.
Frekuensi		
Lama		
Kualitas		
Kebiasaan sebelum tidur		
Masalah		

39. Olahraga/ Mobilisasi :

	Tn.	Ny.
ROM		
Mobilisasi		
Frekuensi dan lama olahraga		
Masalah		

40. Eliminasi (BAB dan BAK)

	Tn.	Ny.
Pola		
Karakteristik urine		

Karakteristik feses		
Masalah		

41. Personal Hygiene :

	Tn. ...	Ny. ...
Mandi		
Sikat gigi		
Potong kuku		
Keramas		

IX. PEMERIKSAAN FISIK

42. Tanda-tanda Vital

TTV	Tn. ...	Ny. ...
TD		
Nadi		
RR		
Suhu		

43. Pemeriksaan fisik

Bagian	Tn. ...	Ny. ...
Kepala		
Leher		
Dada		
Abdomen		
Ekstremitas		
Genitalia		

X. DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS : DO :	
2	Dst.....	

XI. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Kriteria	Skore	Bobot	Rumus Menghitung
1. Sifat Masalah :			
a. Aktual	3	1	<u>Sifat Masalah yang muncul</u> x Bobot Skore
b. Risiko/Ancaman Kesehatan	2		
c. Keadaan sejahtera/ Diagnosis sehat	1		
2. Kemungkinan Masalah dapat diubah :			
a. Mudah	2	2	<u>Kemungkinan Masalah yang muncul</u> x Bobot Skore
b. Sebagian	1		
c. Tidak dapat	0		
3. Kemungkinan Masalah dapat dicegah :			
a. Tinggi	3	1	<u>Kemungkinan Masalah yang muncul</u> x Bobot Skore
b. Cukup	2		
c. Rendah	1		
4. Menonjolnya Masalah :			
a. Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	2	1	<u>Menonjolnya Masalah yang muncul</u> x Bobot Skore
b. Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1		
c. Masalah tidak dirasakan	0		
Jumlah Total			Hasil

XII. PERENCANAAN

No. Dx	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Intervensi

XIII. Implementasi Keperawatan

Tanggal	No. Diagnosa	Implementasi	Respon	TTD

XIV. Evaluasi Keperawatan

Jenis Evaluasi yang digunakan adalah Evaluasi Sumatif (pada akhir kegiatan implementasi)

Tanggal	No Diagnosa	Evaluasi Keperawatan	TTD
		S : O : A : P :	

PENILAIAN PERILAKU PROFESIONAL (SOFTSKILL)

NO	ITEM PENILAIAN	BOBOT	1	2	3	TOTAL
1	Tepat waktu dalam mengikuti kegiatan pembelajaran dan menyelesaikan tugas	10				
2	Menghormati orang lain (pasien dan keluarga, sesama teman mahasiswa, dokter, perawat, petugas administrasi, dll)	10				
3	Bekerjasama secara baik dengan teman mahasiswa dan petugas kesehatan lain	10				
4	Memperhatikan dan mendahulukan kepentingan pasien diatas kepentingan diri sendiri (termasuk suka menolong)	10				
5	Mencatat dan melaporkan hasil pemeriksaan, laboratorium, dan terapi sesuai dengan hasil sebenarnya	10				
6	Tidak melakukan pemalsuan dokumen atau tanda tangan	10				
7	Mengerjakan tugas ilmiah (presentasi kasus, refleksi, dll) secara mandiri atau tidak menjiplak karya teman	10				

8	Menggunakan seragam dan atribut sesuai ketentuan	10				
9	Tepat waktu dalam pengumpulan tugas	10				
10	Melakukan konsultasi tugas secara rutin dan memberikan feedback segera	10				
	NILAI AKHIR	NA = 300/3	NA =.....			

Keterangan

Penilaian 1 : Kurang

Penilaian 2 : Cukup

Penilaian 3 : Baik

Surakarta,.....

Preceptor Akademik

(.....)

FORM PENILAIAN LAPORAN PENDAHULUAN

Nama :..... **Tanggal** :.....

NIM :..... **Tempat** :.....

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	*Nilai		
			0	1	2
Laporan Pendahuluan					
1.	Susunan Kalimat/Penggunaan Bahasa				
	Teknik penulisan sesuai pedoman	5			
2.	Menjelaskan :				
	a. Definisi keluarga	4			
	b. Tahap Tumbuh Kembang Keluarga	4			
	c. Tahap Tumbuh Kembang Keluarga sesuai kasus	6			
	d. Tugas Tahap Tumbuh Kembang Keluarga sesuai kasus	7			
	e. Perhatian Pelayanan Kesehatan Tahap Tumbuh Kembang Keluarga sesuai kasus	7			
	f. Masalah Keperawatan yang Mungkin Muncul Sesuai Tahap Tumbuh Kembang Keluarga sesuai kasus	7			
3.	Kepustakaan				
	a. Jumlah literatur minimal 5 dan mutakhir	5			
	b. Ketepatan cara penulisan kepustakaan	5			
	Total Nilai	100			

*Keterangan:

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tapi tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Surakarta,.....

Preceptor Akademik

(.)

FORMAT PENILAIAN LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

Nama : _____ **Kasus** : _____
Ruang/ RS : _____ **Minggu Ke-** : _____

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai		
			0	1	2
1.	Pengkajian				
	a. Menggunakan pendekatan sistematis dan komprehensif	6			
	b. Kemampuan menggali masalah klien	4			
	c. Data yang dikumpulkan lengkap (DS dan DO)	4			
	d. Melengkapi data penunjang pada status klien	4			
	e. Ketepatan analisa data	4			
2.	Diagnosa Keperawatan :				
	a. Ketepatan merumuskan diagnosa keperawatan	12			
	b. Jumlah diagnosa keperawatan minimal 2 buah	6			
	c. Ketepatan memprioritaskan diagnosa keperawatan	8			
3.	Perencanaan Tindakan Keperawatan				
	a. Merumuskan tujuan dan kriteria hasil (SMART)	6			
	b. Ketepatan memprioritaskan tindakan keperawatan	4			
	c. Merumuskan rencana tindakan keperawatan (ONEC)	4			
	d. Rencana tindakan terdiri atas mandiri dan kolaborasi	4			
4.	Implementasi/ Pelaksanaan Tindakan				
	a. Pelaksanaan sesuai dengan perencanaan	6			
	b. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan	6			
	c. Mendokumentasikan respon klien pada pelaksanaan tindakan	4			
	d. Kemampuan kolaborasi	4			
5.	Evaluasi				
	a. Kualitas isi perkembangan (SOAP)	6			
	b. Laporan tertulis pendelegasian tugas pada tim kesehatan lain	4			
6.	Penulisan				
	Sesuai dengan pedoman penulisan	4			
TOTAL		100			

***Keterangan:**

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tapi tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Surakarta,.....
Preceptor Akademik

(.....)

FORMAT PENILAIAN EVALUASI KEPERAWATAN KELUARGA

Nama : _____ **Tindakan Keperawatan:** _____

Ruang/RS : _____ **Hari/Tanggal :** _____

No	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	NILAI				Bobot x Nilai
			1	2	3	4	
A	PENGAJIAN						
	1. Ketepatan penggunaan alat pengkajian	5					
	2. Ketrampilan pengambilan data	5					
	3. Validitas data	4					
	4. Kelengkapan data kajian (data fokus)	6					
B	PERUMUSAN MASALAH						
	1. Ketepatan menganalisa data	6					
	2. Ketepatan rumusan diagnosa keperawatan	7					
C	PERENCANAAN						
	1. Ketepatan penyusunan prioritas diagnose keperawatan	7					
	2. Ketepatan tujuan dan kriteria hasil	5					
	3. Relevansi rencana tindakan dengan diagnosa Kep	6					
D	PELAKSANAAN						
	1. Kemampuan mengelola pelaksanaan tindakan	6					
	2. Kemampuan kolaborasi dengan tim kesehatan	4					
	3. Kemampuan melibatkan peran serta klien & Keluarga	4					
	4. Mendokumentasikan tindakan dengan benar	4					
E	EVALUASI						
	1. Kualitas isi perkembangan klien	3					
	a. Subjektif, obyektif sesuai criteria	4					
	b. Ketajaman analisa evaluasi	4					
	c. Tindakan lanjut dan modifikasi	4					
	2. Validitas proses evaluasi	3					
	3. Penampilan klien setelah dirawat	2					

F	PENAMPILAN PENGELOLAAN						
	1. Inisiatif	3					
	2. Ketelitian	3					
	3. Tanggung Jawab pengelolaan	3					
	4. Penampilan dan sikap teruji	2					
	100						
Nilai Akhir= (Bobot x Nilai)/4		NA =.....					

Keterangan

Penilaian 1 : Kurang Penilaian 3 : Baik

Penilaian 2 : Cukup Penilaian 4 : Sangat Baik

Surakarta,.....

Preceptor

Klinik/Akademik

(.....)

FORMAT PENILAIAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Nama Mahasiswa : Tanggal :

NIM : Tempat :

No	KEGIATAN	Bobot	NILAI				Bobot x Nilai
			1	2	3	4	
I	PERSIAPAN						
	a. Satpel lengkap dan sistematis	8					
	b. Media sesuai sasaran, tujuan, dan materi	10					
	c. Mempersiapkan Klien dan Keluarga	5					
	d. Menguasai materi	15					
II	PELAKSANAAN						
	a. Mengucapkan salam	3					
	b. Memperkenalkan diri	3					
	c. Mengulang kontrak waktu	3					
	d. Menjelaskan tujuan	5					
	e. Kejelasan penyampaian materi sesuai Tujuan	15					
III	EVALUASI						
	a. Melakukan evaluasi pada klien	5					
	b. Hasil evaluasi sesuai dengan tujuan	5					
	c. Waktu efisien	5					
IV	PENAMPILAN						
	a. Kreativitas tinggi	5					
	b. Ketelitian	7					
	c. Ketenangan	6					
		100					
Nilai Akhir= (Bobot x Nilai)/4		NA :					

Keterangan

Penilaian 1 : Kurang Penilaian 3 : Baik

Penilaian 2 : Cukup Penilaian 4 : Sangat Baik

Surakarta,.....
Preceptor Akademik

(.....)

FORMAT PENILAIAN RESPONSI KELUARGA

Nama Mahasiswa : _____ **Tanggal** : _____
NIM : _____ **Tempat** : _____

No	KEGIATAN	Bobot	NILAI				Bobot x nilai
			1	2	3	4	
	PROSES KEPERAWATAN						
A	PENGKAJIAN						
	1. Kemampuan melakukan pengkajian keperawatan	10					
	2. Kemampuan mengambil data	10					
B	PERENCANAAN						
	1. Kemampuan menegakkan diagnose	15					
	2. Kemampuan menegakkan tujuan dan criteria hasil	15					
	3. Kemampuan menyusun rencana tindakan	15					
C	EVALUASI						
	1. Kemampuan mengevaluasi tindakan yang dilakukan	15					
	2. Kemampuan mendokumentasikan tindakan dengan benar	10					
D	PENAMPILAN						
	1. Tegas dalam menjawab Pertanyaan	5					
	2. Sikap percaya diri	5					
	TOTAL SCORE	100					

Keterangan

Penilaian 1 : Kurang Penilaian 3 : Baik

Penilaian 2 : Cukup Penilaian 4 : Sangat Baik

Surakarta,.....
Preceptor Klinik/Akademik

(.....)

FORMAT JURNAL BIMBINGAN PKK KEPERAWATAN KELUARGA

Nama Mahasiswa :

Ruang/RS :

NIM :

Minggu :

No.	Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan	TTD&Nama Pembimbing

Surakarta,.....

Koordinator PKK Keluarga

(.....)

FORMAT PENILAIAN TUTORIAL KLINIK

Waktu (Hari/ Tanggal/ Jam :

Diagnosa/Problem :

No	Nama mahasiswa	NIM	1	2	Nilai Akhir

Keterangan:

1. Partisipasi selama diskusi
2. Tingkat persiapan pengetahuan/knowledge selama diskusi
3. Kemampuan mendiskusikan prinsip-prinsip dasar terhadap skill/ kasus yang didiskusikan.
4. Performancemahasiswa:*critical thinking* ,*attitude*,dan *logical thinking* dalam penyampaian pendapat/pertanyaan

Kolom 1,2 ,3 dan 4 diisi dengan skala 10 – 100
Nilai akhir = total nilai dibagi 2