

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari selasa, tanggal 20 januari 2020 pukul 19:00 wib di rt 3 rw 2, kelurahan candirejo.

a. Identitas

Nama : Tn.M
Umur : 60 tahun
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Buruh
Alamat : Rt 3 Rw 2, kelurahan Candirejo

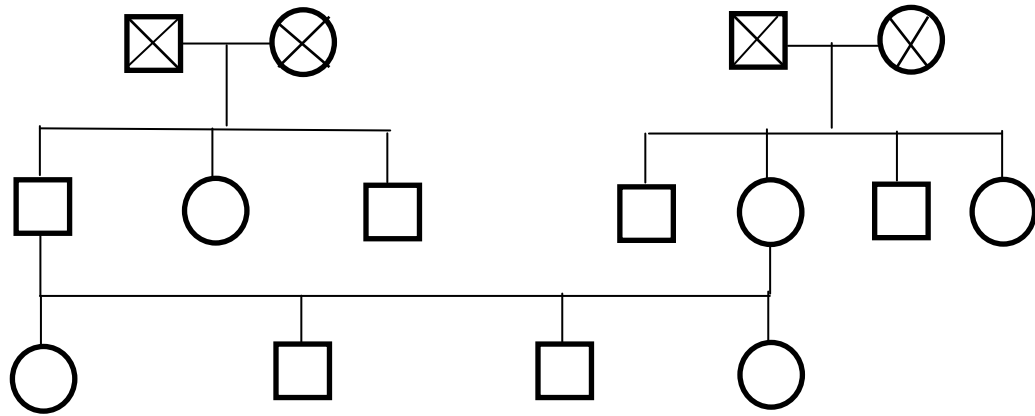
b. Komponen Keluarga.

Tabel 3.1 Komponen keluarga Tn.M

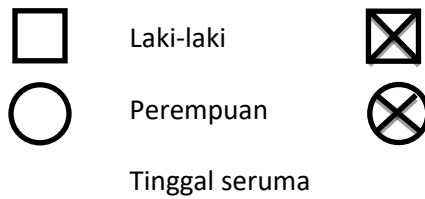
No	Nama	P/L	Usia/tngl Lahir	Hub.dengan Keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Status Kesehatan
1.	Tn. M	L	60tahun 20/11/1960	Kepala keluarga	SD	Buruh	Sehat
2..	Ny. N	P	52tahun 21/12/1968	Istri	SD	Ibu rumah tagga	Sehat
3.	Sdr. V	L	24tahun 29/01/1996	Anak	SMP	Satpam	Sehat

4.	Sdri. D P	22tahun 17/11/1998	Anak	SMA	-	Sehat
----	-----------	-----------------------	------	-----	---	-------

c. Genogram



Gambar 3.1 genogram keluarga Tn. M



Tn. M tinggal di suatu rumah bersama istrinya Ny. N dan anak-anaknya, yaitu Sdr. V sama Sdri. D dan kondisi kesehatan saat ini baik dan tidak memiliki riwayat penyakit, semua anggota keluarga dalam kondisi sehat tapi Tn. M pada tahap lansia yang merupakan kelompok beresiko.

d. Tipe keluarga

1) Jenis tipe keluarga

Keluarga Tn. M termasuk tipe keluarga *Nuclear Family*, karena satu rumah terdiri dari keluarga inti saja yaitu bapak, ibu, dan 2 anaknya.

2) Kendala atau masalah yang terjadi

Masalah pada keluarga tipe nuclear family adalah tanggung jawab dibebankan pada anggota inti itu sendiri.

e. Suku Bangsa

1) Asal suku bangsa dan bahasa yang digunakan.

Tn. M mengatakan bahwa keluarganya berasal dari suku Jawa dan bahasa keseharian yang digunakan adalah bahasa Jawa.

2) Latar belakang budaya yang berhubungan dengan kesehatan

Tn. M mengatakan selama ini budaya yang dipercayai tidak ada yang bertentangan dengan kesehatan.

f. Agama yang dianut, kegiatan keagamaan dan persepsi terhadap agama serta kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan.

Tn. M mengatakan jika agama yang dianut keluarganya adalah agama Islam dan

Tn. M percaya bahwa dari Allah kita diberikan sehat dan sakit, apabila sakit Tn.

M percaya bahwa itu ujian dari Allah.

g. Status sosial dan ekonomi keluarga.

1) Anggota keluarga yang mencari nafkah

Tn. M mengatakan sampai sekarang yang mencari nafkah di keluarganya adalah Tn. M dan anaknya yang masih tinggal serumah.

2) Penghasilan

Tn. M mengatakan jika penghasilan per bulan dari keluarganya yaitu kurang lebih Rp.1.300.000, dan ditambah anaknya Rp.500.000.

3) Harta benda yang dimiliki

Tn. M mengatakan harta benda yang dimilikinya adalah televisi, motor dan rumah.

4) Kebutuhan yang di keluarga tiap bulan

Ny. N mengatakan Uang digunakan bersama untuk memenuhi kebutuhan seperti listrik Rp70.000/bulan, uang untuk air PAM Rp10.000/bulan dan untuk anak yang masih sekolah Rp360.000/bulan, dan uang untuk belanja makan dan minum kurang lebih Rp600.000/bulan, jadi masih ada uang yang tersisa untuk ditabung buat kebutuhan mendadak.

5) Cara memenuhi kebutuhan keluarga

Tn. M mengatakan untuk memenuhi kebutuhan keluarganya ia bekerja sebagai buruh terkadang Ny. N juga membantu, selain itu ada satu anaknya yang sudah bekerja dan ikut membantu memenuhi kebutuhan keluarga.

6) Kepemilikan asuransi

Tn M. mengatakan jika seluruh anggota keluarganya tidak memiliki asuransi kesehatan atau kartu BPJS.

h. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan saat ini

Keluarga Tn. M dalam tahap perkembangan dengan anak dewasa karena anak pertama, kedua dan ke empat sudah menikah. Selain itu anak yang tertua saat ini dan tinggal bersama juga sudah dewasa. Sdr. V adalah anak yang rajin dan sudah bekerja.

2) Tahap keluarga yang belum terpenuhi, penyebab dan kendalanya.

Tahap keluarga yang belum terpenuhi adalah Sdr. V yang sudah bekerja namun belum menikah, padahal menurut otang tuanya sudah pantas untuk menikah, selain itu Sdr. V mempunyai kebiasaan merokok.

3) Riwayat kesehatan inti

a) Bagaimana keluarga terbentuk

Keluarga terbentuk karena adanya pernikahan yang sah antara Tn M. dengan Ny.N pada tahun 1989.

b) Riwayat kesehatan saat ini

Didalam kelurga Tn M. semua dalam kondisi sehat tetapi masih ada yang merokok yaitu Tn. M dan anaknya sdr.V . Tn. M mengatakan sampai sekarang susah untuk berhenti merokok. Selain itu di dalamkeluarga ini ada anggota keluarga yang sudah masuk usia lansia.

c) Riwayat penyakit keturunan

Tn. M mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan begitu juga dengan keluarga dari istrinya Ny. N.

4) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

Tabel 3.2. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga.

NO	Nama	Umur	BB	Keadaan kesehatan	Status imunisasi Bcg polio/Dpt/Hb /Campak	Masalah kesehatan	Tindakan Yang telah dilakukan
1	Tn.M	60 tahun	-	Sehat	Tidak terkaji	Tidak ada	-

2	Ny.N	52					
		tahun	-	Sehat	Tidak terkaji	Tidak ada	-
3	Sdr.V	24					
		tahun	-	Sehat	Tidak terkaji	Tidak ada	-
4	Sdr.D	22					
		tahun	-	Sehat	Tidak terkaji	Tidak ada	-

i. Sumber pelayanan yang di manfaatkan

Tn. M mengatakan tidak pernah mengikuti posbindu lansia yang diadakan 1x/bulan karena tidak punya waktu. Jika ada anggota keluarga yang sakit hanya dibelikan obat diwarung terdekat.

1) riwayat kesehatan keluarga sebelumnya.

Tn. M mengatakan sebelumnya anggota keluarganya belum pernah ada yang di rumah sakit.

2) hubungan antara keluarga dan konflik pasangan dan lain-lain.

Hubungan keluarga baik, harmonis, saling mendukung dan saling memaafkan tidak membesarkan masalah bila ada masalah.

j. Pengkajian Keluarga

1) Karakteristik Rumah

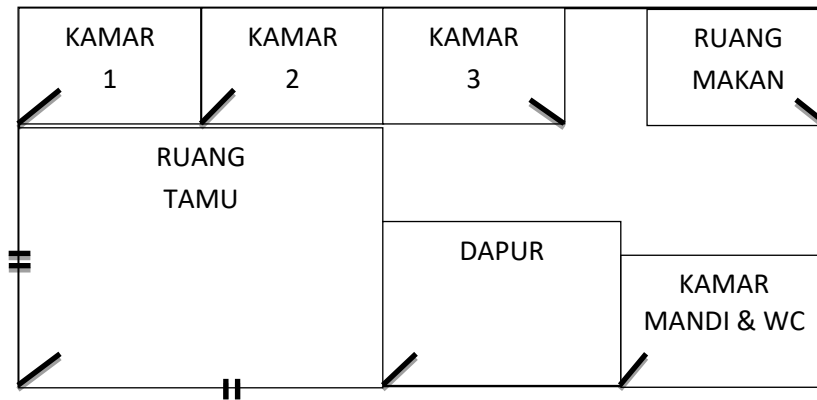
a) Luas rumah = 9x12 m

b) Tipe rumah = tipe rumah permanen

c) Kepemilikan = rumah hak milik sendiri

- d) Jumlah ratio kamar = jumlah kamar dalam rumah ada 3 kamar.
- e) Ventilasi jendela= ada 4 jendela tapi tidak pernah dibuka.
- f) Pemamfaatan ruangan =pemanfaatan ruangan sesuai dengan fungsinya.
- g) Septic tank = menggunakan septic tank tidak dibuang di sungai dan septic tank tertutup.
- h) Sumber air = menggunakan air gunung.
- i) Kamar mandi / wc = mempunyai 1 kamar mandi dan wc sendiri.
- j) Tempat sampah =ada tempat sampah. Pengelolaan sampahkadang di bakar dan kadang ada petugas yang mengambil.
- k) Kebersihan lingkungan = lingkungan bersih dan tidak ada debu.

2) Denah Rumah:



Gambar 3.2 Denah Rumah Tn. M

3) Karakteristik tetangga dan komunikasi RW

a) Kebiasaan

Tn. M mengatakan kebiasaan yang ada di lingkungan Rt, dan Rw, yaitu melakukan kerja bakti dan saling tolong menolong serta bermusyawarah antara warga.

b) Aturan

Tn. M mengatakan ada aturan bermalam wajib lapor pada Rt jika ada tamu yang menginap 1x24 jam.

c) Kebersihan

Kebersihan lingkungan bersih dijaga dengan kegiatan gotong royong untuk bersih lingkungan.

d) Budaya

Tn. M mengatakan ada budaya berupa nyadranan atau sedekah 2x dalam 1 tahun.

4) Mobilitas geografis keluarga

Tn. M mengatakan mobilitas keluarga menggunakan sepeda motor dari rumah ke tempat kerja maupun ke sekolah

5) Sistem pendukung

Keluarga senang dengan keadaan kelompok disekitar dan organisasi yang ada karena saling membantu.

k. Struktur keluarga

1) Pola cara komunikasi keluarga

Tn. M mengatakan pola komunikasi terbuka sehingga tiap anggota keluarga berhak dan bebas menyampaikan pendapat.

- 2) Komunikasi dilakukan dengan cara terbuka siapa yang paling berperansiapa pengambil keputusan.

Tn. M mengatakan yang paling berperan adalah Tn.M didalam keluargasehingga dirinya yang mengambil keputusan.

- 3) Struktur peran keluarga.

- 1) Tn. M sebagai kepala keluarga ayah dan suami dari istri Ny.N bertanggungjawab terhadap keluarganya saat ini Tn.M bekerja sebagai buruh.

- 2) Ny.N adalah istri dari Tn.M bekerja sebagai ibu rumah tangga dan orang tua dari 5 orang anak, yaitu 4 perempuan dan 1 laki-laki.

- 3) Sdr. V adalah anak ke 3 dari Tn.M da Ny.N sebagai anggota keluarga dan saat ini bekerja sebagai satpam.

- 4) Sdri. D adalah anak prempuan ke 5 dari Tn. M dan Ny.N saat ini masih sekolah.

- 4) Nilai dan norma keluarga

Nilai dan norma yang berlaku dalam keluarga sesuai dengan nilai agama yang dianut agama islam dan norma yang berlaku di lingkungan yaitu menghormati yang lebih tua.

- 5) Hambatan peran dan menjalankan peran ganda

Tn. M mengatakan bahwa dalam keluarga tidak ada hambatan atau peran ganda dan tidak ada yang menjalankan peran ganda.

I. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Tn.M mengatakan didalam keluarganya selalu mengembangkan sikap saling menghargai dan saling mendukung terhadap anggota keluarga lainnya.

2) Fungsi sosial

1) Kerukunan hidup dalam keluarga

Tn.M mengatakan keluarganya hidup rukun dan saling mendukung.

2) Interaksi hubungan dalam keluarga

Tn.M mengatakan interaksi dalam keluarga sangat kuat bila sang anak memiliki masalah pasti akan bercerita pada keluarganya.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Tn.M mengatakan bahwa dalam keluarganya untuk saat ini tidak ada yang mengalami masalah kesehatan baik istri maupun anak-anaknya yang masih tinggal serumah.

4) Fungsi reproduksi

Ny.N mempunyai 5 orang anak, terdiri dari 4 anak perempuan dan 1 anak laki-laki.Ny.N mengatakan tidak pernah mengalami keguguran (*abortus*), menstruasi pertama umur 15 tahun.

5) Fungsi ekonomi

a) Upaya pemenuhan sadang pangan.

Penghasilan dari Tn.M dan Ny.N mampu untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari dan ditambahi dengan penghasilan anaknya yang masih tinggal serumah.

b) Pemanfaatan sumber yang ada di masyarakat.

Memanfaatkan sayuran yang ada di kebun untuk di masak.

m. Stres dan coping keluarga

1) Stresor jangka pendek.

Keluarga tidak memiliki masalah.

2) Stresor jangka panjang.

Dalam keluarga Tn.M tidak memiliki stressor jangka panjang yang dapat mengganggu kelangsungan hidup keluarga.

3) Respon keluarga terhadap stressor

Keluarga mampu menerima dengan baik, apabila ada masalah diselesaikan dengan baik-baik.

4) Strategi coping

Keluarga dapat menerima masalah dengan lapang dada jika ada hal-hal yang kurang baik dengan cara berusaha dan berdoa dalam mengatasi masalah.

5) Strategi adaptasi di fungsi

Tn.M mengatakan di dalam keluarga tidak ada coping yang di fungsionalkan, hanya saja Tn.M memarahi anggota keluarga bila melakukan kesalahan.

n. Harapan keluarga

1) Terhadap masalah kesehatan

Keluarga Tn.M berharap tidak mengalami status kesehatan yang kurang baik yang akan mengganggu aktifitasnya.

2) Petugas kesehatan yang ada

Keluarga Tn.M berharap dengan adanya tenaga kesehatan bisa memberikan penyuluhan dan perhatian pada lansia.

o. Pemeriksaan fisik

Table 3.3 Pemeriksaan fisik

No.	Jenis Pemeriksaan	Nama anggota keluarga			
		Tn.M	Ny.N	Sdr.V	Sdri. D
1.	Kesadaran	Komposmentis	Komposmentis	Komposmentis	Komposmentis
2.	TTV				
	TD	120/80 mmHg	132/83 mmHg	110/90 mmHg	119/82 mmHg
	Suhu	36°C	36.5°C	36°C	36°C
	Nadi	72x/m	62x/m	80x/m	78x/m
	RR	22x/m	20x/m	23x/m	20x/m
3.	BB/TB	-	-	-	-
4.	Kepala	Penyebaran rambut rata, rambut bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada luka.	Penyebaran rambut rata, rambut bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada luka.	Penyebaran rambut rata, rambut bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada luka.	Penyebaran rambut rata, rambut bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada luka.
5.	Mata	Konjungtiva anemis	Konjungtiva anemis	Simetris	Simetris
6.	Leher	Tidak ada pembesaran	Tidak ada pembesaran kalenjer tiroid	Tidak ada pembesaran kalenjer tiroid	Tidak ada pembesaran kalenjer tiroid

No.	Jenis Pemeriksaan	Nama anggota keluarga							
		Tn.M		Ny.N		Sdr.V		Sdri. D	
		kelenjer tiroid							
7.	Hidung	Bersih ada lesi	tidak	Bersih ada lesi	tidak	Bersih ada lesi	tidak	Bersih ada lesi	tidak ada lesi
8.	Mulut	Mukosa lembab, bersih	bibir gigi	Mukosa lembab, bersih	bibir gigi	Mukosa lembab, bersih	bibir gigi	Mukosa lembab, bersih	bibir gigi
9.	Telinga	Bersih, ada gangguan pendengaran, simetris	tidak ada gangguan	Bersih, ada gangguan pendengaran, simetris	tidak ada gangguan	Bersih, ada gangguan pendengaran, simetris	tidak ada gangguan	Bersih, ada gangguan pendengaran, simetris	tidak ada lesi
10.	Paru-paru								
	I	Simetris		Simetris		Simetris		Simetris	
	P	Tidak ada nyeri tekan		Tidak ada nyeri tekan		Tidak ada nyeri tekan		Tidak ada nyeri tekan	
	P	Sonor		Sonor		Sonor		Sonor	
	A	Vesikuler		Vesikuler		Vesikuler		Vesikuler	
11.	Jantung								
	I	Ictus kordis tidak tampak		Ictus kordis tidak tampak		Ictus kordis tidak tampak		Ictus kordis tidak tampak	tidak tampak
	P	Ictus kordis tidak teraba		Ictus kordis tidak teraba		Ictus kordis tidak teraba		Ictus kordis tidak teraba	tidak teraba
	P	Redup		Redup		Redup		Redup	
	P	S1 dan s2		S1 dan s2		S1 dan s2		S1 dan s2	reguler

No.	Jenis Pemeriksaan	Nama anggota keluarga			
		Tn.M	Ny.N	Sdr.V	Sdri. D
	A	reguler	reguler	reguler	
12.	Abdomen				
	I	Tidak ada lesi	Tidak ada lesi	Tidak ada lesi	Tidak ada lesi
	A	Bising 12x/m	Bising 12x/m	Bising 12x/m	Bising 12x/m
	P	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
	P	Tympani	Tympani	Tympani	Tympani
13	Kulit dan kuku	Kulit elastis, kuku tidak terdapat sianosis	Kulit elastis, kuku tidak terdapat sianosis	Kulit elastis, kuku tidak terdapat sianosis	Kulit elastis, kuku terdapat sianosis
14	Extremitas	Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, dan dapat bermobilisasi.	Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, dan dapat bermobilisasi	Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, dan dapat bermobilisasi	Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, dan dapat bermobilisasi

1) Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

Hari	Data focus	Etiologi	Masalah	TTD
Selasa	DS:			
21/01/20	1. Didalam keluarga Tn. M semua dalam kondisi sehat, tetapi masih ada yang merokok yaitu Tn. M dan	Merokok	Perilaku kesehatan cenderung	NANDO

	<p>anakny Sdr. V.</p> <p>2. Tn.M mengatakan sampai sekarang susah untuk berhenti merokok.</p> <p>DO:</p> <p>1. Tn. M tidak pernah memeriksa kesehatannya</p> <p>2. Keluarga tampak ada yang merokok dalam rumah.</p> <p>3. Tn.M dan Sdr. V tampak merokok saat melakukan pengkajian.</p> <p>DS:</p> <p>1. Tn.M mengatakan tidak pernah mengikuti posbindu lansia yang diadakan 1x/bulan, karena tidak punya waktu.</p> <p>2. Jika ada anggota keluarga yang sakit hanya dibelikan obat di warung terdekat.</p> <p>DO:</p> <p>1. Keluarga tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.</p> <p>2. Keluarga hanya beli obat di warung terdekat.</p> <p>3. Konjuntiva anemis</p>	beresiko.		
Selasa 21/0 1/20			Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan.	NANDO
		Ketidakmampuan Manajemen kesehatan.		

2) Diagnosa keperawatan

- a) Perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan merokok.
- b) Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan manajemen kesehatan.

3) Prioritas diagnosa

Perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan merokok.

Tabel 3.5 prioritas masalah berhubungan dengan merokok.

No	Kriteria	Skor	Bobot	Jumlah
1	Sifat masalah			
	-Tidak/kurang sehat	3	1	$2/3 \times 1 = 2/3$
	-Ancaman	2		
	-Keadaan sejahtera	1		
2	Kemungkinan masalah			
	Dapat diubah			
	-Mudah	2	2	$1/2 \times 2 = 1$
	-Sebagian	1		
	-Tidak dapat	0		
3	Potensi masalah untuk di cegah.			
	-Tinggi	3	1	$2/3 \times 1 = 2/3$
	-Cukup	2		
	-Rendah	1		
4	Menonjolnya masalah			
	-Berat, segerah	2	1	$1/2 \times 1 = 1$
	-Ada masalah tapi tak			

perlu di tangani **1**

- Masalah tak dirasakan

0

Total

25/6

Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan manajemen kesehatan.

Tabel 3.6 Prioritas masalah berhubungan dengan ketidakmampuan manajemen kesehatan.

No	Kriteria	Skor	Bobot	Jumlah
1	Sifat masalah			
	Skala			
	-Tidak /kurang sehat	3	1	$1/3 \times 1 = 1/3$
	-Ancaman	2		
	-Keadaan sejahtera	1		
2	Kemungkinan masalah			
	Dapat di ubah			
	-Mudah	2	2	$1/2 \times 2 = 1$
	-Sebagian	1		
	-Tidak dapat	0		
3	Potensi masalah untuk di cegah.			
	-Tinggi			
		3	1	$2/3 \times 1 = 2/3$
	-Cukup	2		
	-Rendah	1		

4 Menonjolnya masalah

-Berat segerah 2 1 $1/2 \times 1 = 1/2$

-Ada masalah tapi tak 1
perlu segerah di tangani

-Masalah tak di rasakan. 0

Total

22/3

4) Skoring penentuan prioritas DX keperawatan keluarga

Tabel 3.7 Prioritas diagnose keperawatan.

No DX	Diagnose/ <i>p</i> roblem	Skor	Pembenarn
1	Perilaku kesehatan cenderung beresiko.	2.5/6	Ada keluarga yang masi merokok yaitu Tn.M dengan Sdr.V.Dan Tn.M mengatakan sampai sekarang masih susah untuk berheni merokok.
2	Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan	2.2/3	Karena di keluarga Tn.M sudah memasuki lansia tapi tidak pernah mengikuti posyandu lansia yang daiadakan di kelurahan candirejo.

5) Prioritas diagnosa keperawatan

Tabel 3.8 Diagnosa keperawatan

Prioritas	DX keperawatan	Skor
1	Perilaku kesehatan cenderung beresiko	2.5/6
2	Kesiapan peningkatan manejamen kesehatan.	2.2/3

6) Intervensi keperawatan

Tabel 3.9 Intervensi keperawatan

No	Hari/tgl	Tujuan	Kriteria	Standar	Intervensi
Dx	Jam				
1	Rabu 22/01/20 19:00 Wib	Setelah dilakukan kunjungan 2x2jam diharapkan keluarga mengetahui tentang strategi berhenti merokok.	Manejamen kesehatan diri : pengetahuan gaya hidup sehat (NOC 1885). 1. Strategi mencegah penyakit. 2. Strategi untuk berhenti merokok. 3. Strategi untuk menghindari asap rokok 4. Pentingnya sking pencegahan. 5. Stategi sikap yang optimis. 6. Hambatan untuk mempertahankan perilaku sehatan.	Pengetahuan individu/keluarga dapat mengetahui strategi untuk berhenti merokok. Sikap : Individu/keluarga dapat mengendalikan anggota keluarga yang masih merokok.	Pendidikan kesehatan (NIC 5510) 1. Rumuskan tujuan dalam program pendidikan kesehatam. 2. Bantu idividu keluarga dan masyarakat untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan 3. Rencana tindak jangka panjang untuk memperkuat perilaku kesehatan atau adaptasi terhadap gaya hidup. 4. Libatkan individu, keluarga dan kelompok dalam perencanaan

dan rencana
implementas
i gaya hidup
atau
modifiasiperi
lku
kesehatan

7) Implementasi

Nama KK : Tn.M

Tabel 3.10 implementasi

Tgl/Hari/ Waktu	No Dx	Implementasi	TTD
22/01/20	1	Pendidikan kesehatan (NIC : 5510)	
Rabu 19:00 Wib		<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan asesment tentang bahaya merokok 2. Merencanakan, memberikan penjelasan dampak merokok dalam rumah 3. Melibatkan keluarga dan kelompok dalam menjelaskan dampak dari merokok 	NANDO

Implementasi hari ke-2

Tabel 3.11 implementasi hari ke-2

Hari/tgl/jam	No Dx	Implementasi	TTD
Kamis	1	Pendidikan kesehatan (NIC: 5510)	
23/01/20 19:00 Wib		<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan asesment tentang bahaya merokok 2. Menjelaskan dampak merokok didalam rumah 3. Melibatkan keluarga dan kelompok dalam menjelaskan dampak dari merokok 4. Menentukan rencana jangka panjang untuk memperkuat perilaku kesehatan terhadap gaya hidup yaitu dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Menentukan tempat merokok b. Menentukan jadwal merokok c. Menentukan kapan situasi merokok d. Mengurangi merokok dengan cara mengganti rokok dengan permen. 	NANDO

8) Evaluasi keperawatan.

Tabel 3.12 Evaluasi keperawatan.

Hari /tanggal	No Dx	Evaluasi	TTD
Juma"at 23/01/20	1	<p>S : Keluarga Tn. M mengatakan bahwa didalam keluarga masih ada yang merokok yaitu Tn. M dan Sdr. V.</p> <p>O: Keluarga tampak ada yang merokok pada saat melakukan pengkajian.</p> <p>A :Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan pendidikan kesehatan berkaitan dengan bahaya merokok 2. Ajarkan stategi yang muning dapat digunakan untuk melawan kebiasaannya atau perilaku yang tidak sehat. 	NANDO

Evaluasi keperawatan hari ke-2

Tabel 3.13 evaluasi keperawatan hari ke-2

Hari/tgl	No Dx	Implementasi	TTD
----------	-------	--------------	-----

Kamis 1 S: Keluarga Tn. M mengatakan sudah paham
24/1/20 bagaimana tentang cara strategi berhenti
merokok

O: Keluarga Tn. M tampak sudah mengerti apa
yang dijelaskan perawat dan menerapkan
apa yang di sampaikan oleh perawat.

NANDO

A: Masalah teratasi sebagian.

P: Pertahankan kondisi.

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas dan menguraikan keseluruhan proses pengelolaan keluarga Tn. M khususnya dengan masalah keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan riwayat merokok di Kelurahan Candirejo, Ungaran. Pengelolaan kasus ini dilakukan selama 3 hari terhitung mulai hari Minggu, 19 Januari 2020 hingga hari Selasa, 21 Januari 2020. Pada tanggal 19 Januari 2020, hal yang dilakukan penulis adalah melakukan pengkajian wilayah dan wawancara dengan petugas kesehatan candirejo serta kunjungan awal ke keluarga klien. Sedangkan proses keperawatan dilakukan pada tanggal 20 Januari hingga 21 Januari 2020. Adapun proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Proses keperawatan yang dilakukan selama 2 hari tersebut akan penulis bahas satu-persatu sesuai tahapannya sebagai berikut.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal yang penulis lakukan dalam rangka mencari data atau informasi dan mengidentifikasi masalah hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Effendi (1995) bahwa pengkajian merupakan dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mendapatkan informasi atau data tentang klien, supaya dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah kesehatan dan keperawatan klien. Pengkajian merupakan hal pertama penulis lakukan dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk menentukan proses keperawatan berikutnya sesuai dengan yang disampaikan oleh Tarwoto dan Wartonah (2015) yaitu pengkajian

sangat penting dalam menentukan tahap-tahap berikutnya. Data yang komprehensif akan menentukan diagnosa keperawatan yang sesuai dan dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dalam pengkajian adalah untuk mendapatkan data yang komprehensif (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

Pengkajian pada pengelolaan keluarga yang penulis lakukan tidak hanya mengumpulkan data tetapi juga mengkaji kondisi rumah, lingkungan dan pemeriksaan fisik keluarga. Menurut Friedman (2010) pengkajian dalam asuhan keperawatan keluarga meliputi identitas keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, karakteristik keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan coping keluarga, harapan keluarga, serta pemeriksaan fisik anggota keluarga.

Pengkajian sangat penting dalam menentukan proses keperawatan kedepannya. Data objektif dan data subjektif yang valid dapat membantu dalam menentukan diagnosa keperawatan dan juga mengembangkan rencana keperawatan yang spesifik sesuai keadaan klien. Pada tahap pengkajian ini bertujuan untuk mengumpulkan data dari klien yang dapat membantu penulis mengidentifikasi data yang penting mengenai keluarga klien.

Pada pengkajian yang telah dilakukan penulis terhadap keluarga Tn. M didapatkan data yang muncul saat melakukan anamnesa (wawancara) yaitu nama KK Tn. M usia 63 tahun dan kondisi sehat, keluarga Tn. M terdiri dari 3 anggota keluarga di dalam keluarga Tn. M tidak ada yang mengalami masalah kesehatan hanya saja Tn. N yang sudah masuk di usia lanjut/lansia tetapi masih merokok. Tn. M belum memahami bagaimana cara manajemen kesehatan (penyebab, tanda dan

gejala, pencegahan serta komplikasi yang ditimbulkan oleh merokok) dibuktikan dari data pengkajian yang mengarah pada hal tersebut. Yaitu Tn. M mengatakan sering merokok di dalam rumah atau di sawa saat siang hari bekerja. Dengan kriteria batasan karakteristik yang mengarah yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan untuk memenuhi praktik kesehatan dasar, kurang dukungan sosial, kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar, pola perilaku kurang mencari bantuan kesehatan, tidak menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat dan tidak menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan.

Pengamatan (observasi) data yang didapatkan yaitu, Tn. M dan keluarga belum tahu cara pencegahan tentang merokok dibuktikan dengan beberapa pertanyaan yang mengarah pada batasan karakteristik Tn. M terlihat bingung/ belum mengerti bahaya merokok. Menurut kamus besar bahasa indonesia bingung adalah hilang akal (tidak tahu yang harus dilakukan), tidak tahu arah (mana timur mana barat), gugup tidak karuan dan merasa kurang jelas.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua yang dilakukan penulis dalam melanjutkan proses asuhan keperawatan untuk menentukan status kesehatan klien, hal ini sejalan dengan pernyataan yang disampaikan oleh Asmadi (2015) yaitu diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberi gambaran tentang status kesehatan klien. Gambaran yang aktual dan potensial yang ditetapkan berdasarkan analisis dan intepretasi data hasil pengkajian.

Diagnosa keperawatan adalah langkah yang penulis lakukan sebagai awal untuk menentukan tindakan keperawatan selanjutnya hal ini sejalan dengan teori dari

Setiadi (2012) bahwa diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik mengenai respons individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.

Diagnosa keperawatan pada pengelolaan keluarga ini penulis lakukan untuk mengetahui masalah yang terjadi dalam keluarga baik itu masalah dalam tahap perkembangan keluarga maupun lingkungan keluarga, hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Riasmini (2014) yaitu diagnosa keperawatan keluarga didapat dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam lingkungan keluarga, tahap perkembangan keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki tugas dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan keluarga.

Bedasarkan proses pengkajian dan analisa data maka diagnosa ditegakkan dari data anamnesa (wawancara) yaitu masalah kesehatan dari data yang muncul pada saat pengkajian yang didapatkan adalah semua keluarga Tn. M dalam kondisi sehat, tetapi masi ada yang merokok yaitu Tn. M dan anaknya Sdr. V. Tn. M juga mengatakan ada keinginan untuk berhenti merokok tetapi belum bisa berhenti merokok dan Tn. M tampak merokok saat dilakukan pengkajian. Sehingga muncul batasan karakteristik menurut NANDA (2015-2017) yang mengarah pada diagnosa yaitu gagal melakukan tindakan mencegah masalah kesehatan, gagal mencapai pengendalian optimal, meminimalkan perubahan muncul diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan merokok ditegakkan oleh penulis.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yaitu rencana pemberian asuhan keperawatan yang akan dilakukan penulis untuk mengelola klien sesuai dengan kebutuhan klien dan rencana yang telah dirumuskan sejalan dengan yang disampaikan Widyanto (2014) bahwa perencanaan asuhan keperawatan komunitas dibuat atas hasil diagnosa keperawatan yang telah disusun meliputi perumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan serta spesifikasi yang akan dilakukan dengan kriteria hasil dan standar keperawatan untuk menilai pencapaian tujuan. Berdasarkan penilaian skoring pada asuhan keperawatan keluarga Tn. M yaitu yang pertama perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan merokok dengan skor 2.5/6, dan diagnosa kedua yaitu kesiapan peningkatan manajemen kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan manajemen kesehatan dengan skor $2 \frac{2}{3}$, sehingga muncul diagnosa prioritas yaitu perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan merokok.

Intervensi kepada keluarga Tn. M khususnya pada Tn. M yaitu dengan mengkaji perilaku kesehatan pada keluarga dengan riwayat merokok. Untuk diagnosa pertama intervensi yang disusun adalah pengajaran proses penyakit, pada intervensi pengajaran proses penyakit ini diharapkan keluarga mampu meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan, keluarga mampu mengenal masalah tentang merokok, keluarga mampu memahami pencegahan dan penatalaksanaan tentang perilaku kesehatan berhubungan dengan merokok, keluarga mampu meningkatkan kesehatan keluarga (Moorhead, 2013) sehubungan dengan diagnosa pengajaran proses penyakit tersebut menurut penulis yaitu tindakan mengkaji tingkat

pengetahuan keluarga dan memberikan edukasi kepada keluarga klien. Tindakan tersebut juga dapat menambah wawasan kepada klien baik kepada individu, keluarga maupun kelompok masyarakat.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah langkah keperawatan yang dilakukan penulis setelah menentukan rencana keperawatan dibuktikan dengan tindakan-tindakan sesuai dengan perencanaan sebelumnya sesuai dengan yang disampaikan oleh Tarwoto dan Wartonah (2015) bahwa implementasi adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam keperawatan, tindakan keperawatan ini mencakup keperawatan mandiri dan kolaborasi, implementasi juga merupakan langkah selanjutnya yang harus dilaksanakan setelah merencanakan suatu program.

Implementasi pada pengelolaan keluarga adalah langkah yang dilakukan penulis untuk merubah dan memandirikan keluarga untuk menciptakan keluarga yang sehat sesuai dengan rencana-rencana sebelumnya sejalan dengan teori oleh Achjar (2012) bahwa implementasi merupakan langkah selanjutnya yang dilakukan setelah perencanaan suatu program. Program tersebut dibuat untuk menciptakan keinginan berubah pada keluarga dan memndirikan keluarga.

Tindakan keperawatan dilakukan selama 2 hari, dilakukan mulai hari Senin 20 Januari 2020 sampai dengan hari Selasa 21 Januari 2020, dengan kurun waktu 2 kali pertemuan dalam setiap pertemuan dibutuhkan waktu kurang lebih 30 menit. Pada

hari Senin 20 Januari 2020 mulai pukul 20.10 WIB, tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis yang pertama yaitu melakukan *assesment* tentang gaya hidup sehat dan perilaku sehat. Pola hidup sehat menurut Kus Irianto (2004) praktek kebiasaan hidup bersih dan sehat dalam kehidupan sehari-hari baik saat klien berada di rumah maupun di lingkungan masyarakat dan tingkat pengetahuan sangat mempengaruhi pola hidup sehat individu, keluarga maupun lingkungan masyarakat. Sejalan dengan teori tersebut menurut penulis untuk merubah perilaku hidup sehat seseorang lebih baiknya menentukan pengetahuan agar klien dapat dengan mudah merubah perilaku kesehatannya.

Implementasi keperawatan yang berikutnya adalah menjelaskan tentang bahaya merokok pada kesehatan lansia. Menurut (Aliansi pengendalian tembakau indonesia, 2013) menyatakan bahwa angka kematian akibat rokok di negara berkembang meningkat hampir 4 kali lipat pada tahun 2000 jumlah kematian akibat rokok sebesar 2,1 juta dan pada tahun 2030 diperkirakan menjadi 6,4 juta jiwa, sedangkan di negara maju kematian akibat rokok justru mengalami penurunan yaitu dari 2,8 juta pada tahun 2000 menjadi 1,6 juta jiwa pada tahun 2030. Untuk menangani atau mengatasi perilaku yang sehat diantaranya dapat melalui pendidikan kesehatan. Sejalan dengan teori tersebut menurut penulis dengan diberikannya edukasi perilaku bahaya merokok pada lansia merubah dari yang sebelumnya kurang mengetahui tentang bahaya merokok pada kesehatan lansia.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir yang penulis lakukan dalam rangka untuk mengukur keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan

hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Friedman (2010) bahwa evaluasi berguna untuk mengetahui apakah tindakan yang telah dilakukan oleh perawat tercapai atau tidak. Keberhasilan lebih ditentukan oleh hasil pada sistem keluarga dan anggota keluarga serta bagaimana respon keluarga terhadap intervensi yang diimplementasikan.

Evaluasi keperawatan pada pengelolaan keluarga penulis lakukan dengan dua cara yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif, hal ini sejalan dengan teori menurut Dion dan Betan (2015) evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan atau evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai tujuan tercapai. Evaluasi somatif yaitu evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

Evaluasi keperawatan yang didapat setelah tindakan keperawatan selama 2 hari pertemuan dalam durasi waktu kurang lebih 30 menit dalam setiap kali pertemuan didapatkan evaluasi terakhir pada hari Selasa, 21 Januari 2020, keluarga Tn. M mampu mengikuti arahan dari penulis, keluarga Tn. M mengatakan sudah paham bagaimana manajemen kesehatan, penanganan dan pencegahan. Klien akan menerapkan apa yang telah disampaikan dan diajarkan oleh penulis. Dibuktikan dengan klien menjawab pertanyaan evaluasi dari penulis mengenai perilaku kesehatan cenderung beresiko yang meliputi penyebab, tanda dan gejala, pencegahan serta komplikasi yang disebabkan oleh merokok. Bila dibandingkan dengan *outcome* yang telah ditetapkan sudah banyak yang telah mencapai kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, perilaku yang meningkatkan kesehatan, pemeriksaan kesehatan yang direkomendasikan, pencegahan dan pengendalian penyakit.

Beberapa yang belum berhasil diantaranya adalah sumber informasi kesehatan terkemuka yang belum memadai karena kurangnya sumber-sumber informasi yang terbaru menyebabkan klien dan keluarga susah untuk mengetahui informasi-informasi yang terbaru mengenai kesehatan. Jadi dengan demikian masalah keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko teratasi.

Dalam proses peningkatan perilaku kesehatan cenderung beresiko pada keluarga Tn. M, penulis menemukan faktor pendukung yang memudahkan penulis untuk menyelesaikan masalah tersebut. Faktor pendukungnya yaitu dari pihak keluarga Tn. M sangat kooperatif, memperhatikan serta sering mengajukan pertanyaan yang belum dimengerti oleh keluarga Tn. M. faktor penghambat pada penyelesaian masalah ini adalah pihak dari keluarga Tn. M jarang konsultasi pada petugas kesehatan setempat tentang masalah kesehatan yang terjadi dikarenakan Tn. M jarang dirumah karena bekerja. Dengan diberikan pendidikan kesehatan, leaflet dan lembar balik tentang bahaya merokok maka memudahkan keluarga Tn. M untuk menambah wawasan tentang bahaya merokok dan manajemen kesehatan. Dengan diberikan pendidikan kesehatan tentang bahaya merokok keluarga mampu meningkatkan pengetahuan keluarga hal ini didukung oleh penelitian Ardayani. T (2015) tingkat pengetahuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan memiliki nilai rata-rata 68 dan setelah diberikan pendidikan kesehatan memiliki nilai rata-ratanya 78.