

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. S
DENGAN MASALAH UTAMA HEMOROID PADA NY. M
DI RT. 03 RW 14 KEL. MUKTIHARJO KIDUL
KECAMATAN PEDURUNAGN
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Meqrifa Darwanti
NIM.89.331.2938

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010



Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing

(Moch. Aspahan, S. Kep, Ns)
NIK. 210900008

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissila Semarang pada :

Hari : Sabtu

Tanggal : 5 Juni 2010

dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 30 Juni 2010

Tim Penguji

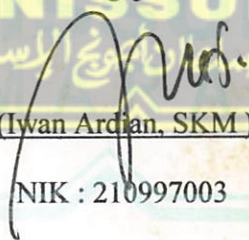
Penguji I



(Iskim Luthfa, S. Kep, Ns)

NIK : 210909014


Penguji II



(Iwan Ardhan, SKM)

NIK : 210997003

Penguji III



(Moch. Aspihan, S. Kep, Ns)

NIK : 210900008

MOTTO

- “Maka sesungguhnya di balik kesulitan itu ada kemudahan.”

(QS. Al Insyirah ayat; 5-6)

- ”Sesungguhnya Allah SWT tidak akan mengubah nasib sesuatu kaum sehingga kaum itu mengubah apa-apa yang ada pada diri mereka.”

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan kepada :

1. Ibu tercinta Sugiyanti.
2. Bapak tercinta Zuhdhi Mustofa.
3. Segenap keluarga tersayang.
4. Cahyo Baskoro yang selalu menyayangi saya serta membantu saya.
5. Rekan - rekan yang telah memberi dukungan dan bantuan.
6. Semua pihak yang berkenan membaca hasil penelitian ini.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah luar biasa penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. S DENGAN MASALAH UTAMA HEMOROID PADA NY. M DI RT 3 RW 14 KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL KECAMATAN PEDURUNGAN KOTA SEMARANG”. Penulisan laporan ilmiah ini disusun guna untuk memnuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan jenjang pendidikan diploma III Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, Msc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Moch. Aspihan, S. Kep, Ns, selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang memberikan pengarahan serta bimbingan.

5. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku ketua Program Studi di D III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
6. Desa Muktiharjo Kidul RW 14 Kecamatan Pedurungan Kota Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh di Institusi, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Dosen dan Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan proses belajar-mengajar.
8. Kedua Orang Tua dan keluarga yang telah memberi dukungan moril, materiil dan spiritual sepenuhnya.
9. Kepada teman-teman saya yang telah menggoreskan hari-hari indah selama tiga tahun di bangku kuliah, dukungan serta semangat dalam menulis laporan ini.
10. Semua pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan kasus ujian komperhensif baik langsung maupun tidak langsung lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sebagai manusia tidak ada yang sempurna tentu memiliki keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, penelitian ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Semarang, Juli 2010

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian Keluarga.....	5
2. Tipe Keluarga	6
3. Fungsi Keluarga	6
4. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga	8
5. Prinsip dan Penatalaksanaan Keluarga	11
6. Tugas Keperawatan Keluarga.....	25

B. Konsep Dasar Penyakit	27
1. Pengertian Hemoroid.....	27
2. Etiologi	27
3. Patofisiologi	28
4. Klasifikasi dan Derajat	29
5. Manifestasi Klinis	29
6. Pemeriksaan Diagnostik	29
7. Komplikasi	30
8. Penatalaksanaan	30
BAB III RESUME KEPERAWATAN	32
A. Data Umum	32
B. Genogram.....	33
C. Data Fokus	33
D. Analisa Data.....	35
E. Skoring	36
F. Intervensi	39
G. Implementasi	41
H. Evaluasi	43
BAB IV PEMBAHASAN	44
BAB V PENUTUP	53
A. Kesimpulan	53
B. Saran	54

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN 1

LAMPIRAN 2

LAMPIRAN 3



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hemoroid dikenal di masyarakat sebagai penyakit wasir atau ambeien, merupakan penyakit yang sering dijumpai, dan telah ada sejak jaman dahulu. Namun masih banyak masyarakat belum mengerti bahkan tidak tahu mengenai gejala-gejala yang timbul dari penyakit ini. Banyak orang awam tidak mengerti daerah anorektal (anus dan rektum) dan penyakit-penyakit umum yang berhubungan dengannya. Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan dimana limbah berupa tinja keluar dari dalam tubuh. Sedangkan rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan di atas anus, dimana tinja disimpan sebelum dikeluarkan dari tubuh melalui anus. Sepuluh juta orang di Amerika dilaporkan menderita hemoroid, dengan prevalensi lebih dari 4 %.

10.400.000 orang di Amerika Serikat 1983-1987 (penyakit pencernaan di Amerika Serikat: Epidemiologi dan Dampak - NIH Publication No 94-1447, NIDDK, 1994)
Prevalance Rate: approx 1 in 26 or 3.82% or 10.4 million people in USA. *Prevalance Rate:* 1 kira-kira dalam 26 atau 3,82% atau 10.400.000 orang di Amerika Serikat
Incidence (annual) of Hemorrhoids: 1 million new cases in the USA 1983-87 (Digestive diseases in the United States: Epidemiology and Impact – NIH Publication No. 94-1447, NIDDK, 1994) Insiden (tahunan) dari Wasir: 1 juta kasus baru di Amerika Serikat 1983-

1987 (penyakit pencernaan di Amerika Serikat: Epidemiologi dan Dampak - NIH Publication No 94-1447, NIDDK, 1994)

1. Penelitian menunjukkan bahwa ada 1,5 juta resep untuk penyakit hemoroid setiap tahunnya. Yang menggembirakan, disebutkan pula bahwa dari tahun ke tahun, jumlah penderita hemoroid yang menjalani rawat inap di rumah sakit semakin berkurang 47 per 1000 (NHIS95)
2. 1.0% of male population self-reported having haemorrhoids in Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia's Health 2004, AIHW) 1,0% dari penduduk laki-laki yang dilaporkan sendiri memiliki wasir di Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia Kesehatan 2004, AIHW)
3. 1.1% of population self-reported having haemorrhoids in Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia's Health 2004, AIHW) 1,1% dari populasi melaporkan diri mengalami wasir di Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia Kesehatan 2004, AIHW)
4. 1.2% of female population self-reported having haemorrhoids in Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia's Health 2004, AIHW) 1,2% dari populasi perempuan melaporkan diri mengalami wasir di Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia Kesehatan 2004, AIHW)
5. 209,000 people self-reported having haemorrhoids in Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia's Health 2004, AIHW) 209.000 orang dilaporkan sendiri wasir memiliki di Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia Kesehatan 2004, AIHW)

6. 120,000 women self-reported having haemorrhoids in Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia's Health 2004, AIHW) 120.000 perempuan melaporkan diri wasir memiliki di Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia Kesehatan 2004, AIHW)
7. 89,000 men self-reported having haemorrhoids in Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia's Health 2004, AIHW) 89.000 orang yang dilaporkan sendiri wasir memiliki di Australia 2001 (ABS 2001 National Health Survey, Australia Kesehatan 2004, AIHW)

Berdasarkan data diatas maka penulis tertarik mengambil kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN. S DENGAN MASALAH UTAMA HEMOROID PADA NY. M DI RT.03 RW.14 KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL KECAMATAN PEDURUNGAN, SEMARANG”.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Memahami penerapan asuhan keperawatan pada keluarga Ny M, dengan masalah utama gangguan sistem pencernaan : Hemoroid.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan proses keperawatan pada keluarga dengan masalah hemoroid, mulai dari pengkajian, intervensi, implementasi sampai evaluasi.
- b. Teridentifikasinya intervensi keperawatan keluarga pada keluarga dengan anggota keluarga yang menderita hemoroid.

- c. Teridentifikasinya alternative pengobatan/ penatalaksanaan keluarga pada anggota keluarga yang menderita hemoroid.
- d. Menjelaskan tentang kendala-kendala yang dihadapi saat melakukan asuhan keperawatan keluarga

C. Manfaat

1. Bagi penulis

Untuk menambah pengetahuan penulis khususnya dalam penatalaksanaan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan : Hemoroid.

2. Bagi pasien dan keluarga.

Untuk memberikan asuhan keperawatan agar keluarga dan pasien mengetahui cara perawatan penyakit hemoroid. Keluarga mampu mendapatkan gambaran yang jelas dalam perawatan keluarga yang konteks keluarga

3. Bagi institusi pelayanan.

Diperoleh bahan untuk puskesmas untuk menambah pengetahuan tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan ; hemoroid dapat diberikan tindak lanjut dan peningkatan mutu perawatan.

4. Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pendidikan dalam bidang asuhan keperawatan keluarga. Dan sebagai bahan wacana untuk menambah informasi tentang dokumentasi asuhan keperawatan keluarga.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 1988, dalam Komang 2010).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya (BKKBN, 1999, dalam Sudiharto, 2007).

Lima hal penting yang ada pada denifisi keluarga:

1. Keluarga adalah suatu sistem atau unit.
2. Komitmen dan ketertarikan antar anggota keluarga yang meliputi kewajiban dimasa yang akan datang.

3. Fungsi keluarga dalam pemberian perawatan meliputi perlindungan, pemberian nutrisi dan sosialisasi untuk seluruh keluarga.
4. Anggota-anggota keluarga mungkin memiliki hubungan dan tinggal bersama atau mungkin juga tidak ada hubungan dan tinggal terpisah.
5. Keluarga mungkin memiliki anak atau mungkin juga tidak (ICN, 2001, dalam Santun S, Agus Cita D, 2008).

2. Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya.

Tipe keluarga tradisional, keluarga inti, yaitu satu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (andung atau angkat) (Sri Setyowati, Arita Murwani, 2008).

3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedmen (1988), dalam Setiawati dan Dermawan (2005) yaitu:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang

dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar disiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi biologis

Fungsi biologis, bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

f. Fungsi psikologis

Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dengan memberikan identitas keluarga.

g. Fungsi pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya (Komang, 2010)

4. Tahap dan tugas perkembang keluarga

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru.

Tugas perkembangan keluarga pemula antar lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jalinan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan persiapan diri menjadi orang tua.

- b. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan).

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing.

- c. Tahap III, keluarga dengan anak usia pra sekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun).

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III, yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, meningentrikasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun).

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan

kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun).

Tugas perkembangan keluarga tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- f. Tahap VI, keluarga yang melepaskan usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah).

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memaksukan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbarui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

g. Tahap VII, orang tua usia pertengahan.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi.

h. Tahp VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antara generasi meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolah raga, berkebun, mengasuh cucu.

5. Prinsip dan Penatalaksanaan Keluarga

Intervensi keperawatan keluarga saling berhubungan, beberapa usulan intervensi yang bertujuan untuk mengikut sertakan dan mengurangi stresnya.

a. Penyuluhan

Yang bertujuan untuk:

- 1) Untuk memberikan informasi sehingga klien mampu membuat keputusan-keputusan yang tepat dalam hubungannya dengan kesehatan dan sakit.
- 2) Untuk membantu klien untuk berpartisipasi secara efektif dalam perawatan maupun penyembuhan.
- 3) Untuk membantu klien berpartisipasi terhadap realita penyakit dan pengobatannya.
- 4) Untuk membantu klien agar mengalami rasa puas dengan usaha-usaha mereka sendiri yang menunjang perbaikan kesehatan.

Penyuluhan kesehatan sekarang perlu diarahkan untuk membantu pasien dan keluarga agar mereka terlibat dalam perawatan diri dan tanggungjawab terhadap diri sendiri, maka perlu dilakukan:

1) Proses belajar-mengajar

Dengan proses keperawatan di mana keduanya memiliki langkah-langkah dasar yang sama, yaitu

a) Pengkajian

Ada 2 jenis kesiapan keluarga dalam belajar pemberian penyuluhan. Kedua kesiapan itu sangat penting, yaitu:

(1) Kesiapan emosional meliputi emosi motivasi untuk belajar

(2) Kesiapan pengalaman meliputi memadai latar belakang pengetahuan

b) Identifikasi masalah

c) **Perencanaan**

Penentuan tujuan dan objektif dan kemampuan untuk mengukur seberapa baik tujuan-tujuan tersebut tercapai.

d) **Implementasi rencana penyuluhan.**

e) **Dokumentasi dan evaluasi.**

2) **Tipe-tipe belajar.**

3) **Variable-variabel yang mempengaruhi keefektifan belajar-mengajar**

a) **Faktor-faktor klien**

(1) **Motivasi anggota keluarga.** Motivasi merupakan kekuatan atau dorongan yang sangat penting, yang mengaktifkan individu tersebut berubah.

(2) **Usia anggota keluarga.**

(3) **Keadaan psikologis anggota keluarga** (misalnya ansietas, tingkat depresi).

(4) **Persepsi anggota keluarga terhadap masalah** (masalah kesehatan).

b) **Faktor-faktor komunikasi.**

Komunikasi termasuk pertukaran informasi antar pengirim dan penerima. Rintangan-rintangan komunikasi meliputi:

(1) **Kurangnya pemahan terhadap masalah-masalah.**

(2) **Rintangan bahasa-bahasa dan kebudayaan.**

(3) **Rintangan-rintangan sosial ekonomi.**

(4) Ketidakkemampuan berkomunikasi secara jelas dengan guru dan satu sama lain.

c) Faktor-faktor situasional.

(1) Lingkungan dimana proses belajar mengajar berlangsung.

(2) Timing mengajar.

(3) Modilitas pengajaran yang digunakan.

Kesehatan-kesehatan ketika mereka memberikan informasi dan nasehat-nasehat medis yang berkesinambungan kepada keluarga-keluarga. Ketrampilan tersebut adalah:

a) Mengkomunikasikan temuan-temuan dalam bidang kesehatan dan pilihan-pilihan pengobatan dengan anggota keluarga.

b) Mendengar dengan penuh perhatian terhadap pernyataan-pernyataan dan persoalan anggota keluarga.

c) Memberi nasehat kepada keluarga bagaimana menangani kesehatan dan kebutuhan rehabilitasi dari pasien.

4) Pengajaran informasi: penyediaan informasi.

Jika terjadi berbagai informasi dalam pertemuan spontan antara perawat dan anggota keluarga atau dimana informasi dikomunikasikan dengan keluarga dengan cara-cara yang tidak tersusun, ini disebut dengan pengajaran informal. Tipe kualitas informasi kesehatan mungkin bervariasi, tergantung kepada anggota keluarga dengan seseorang berbicara.

5) Menyediakan informasi untuk keluarga dengan anggota keluarga saat kritis.

6) Pemodelan peran.

Untuk mengajarkan bagaimana mengubah perilaku keluarga.

7) Bimbingan antisipasi

b. **Konseling.**

Konseling dianggap oleh perawat hanya untuk mereka dalam perawatan kesehatan mental-psikiatri. Tapi kini berbeda karena penerimaannya dapat diterima secara luas bahwa terdapat tingkat-tingkat kecanggihan dan kompleksitas dalam memberikan konseling keluarga.

Konseling dapat berhubungan erat dengan penyuluhan (Redman dan Thomas.1985) mengajar dapat dipandang sebagai mode pilihan ketika bekerja

1) Perbedaan antara mengajar dan konseling yang didefinisikan secara tradisional

Kriteria perbandingan	Penyuluhan	Konseling
Peran perawat	Diarahkan oleh perawat	Diarahkan oleh klien
Tingkat fungsi keluarga	Ketergantungan diri	Ketergantungan rendah kemandirian tinggi
Tipe tipe belajar yg terlibat	Kombinasi belajar kognitif, afektif dan psikomotor.	Terutama emosional (afektif) dan belajar kognitif

2) Batasan konseling.

Bank memberikan sebuah definisi tentang konseling, konseling merupakan suatu proses memberikan bantuan interaktif antara konselor dan klien yang ditandai oleh elemen elemen ini : penerimaan, empati, ketulusan, kesesuaian,

Elemen pokok dari konseling adalah empati atau ikut mengalami atau merasakan perasaan dan perilaku orang lain, penerimaan dan penghargaan positif tanpa syarat ketulusan, dalam arti tidak berpura pura, bersahaja, jujur, dalam hubungan klien perawat.

3) Konseling keluarga pada keluarga keluarga dalam krisis.

Konseling keluarga sering digunakan untuk membantu keluarga dalam menghadapi krisis.

4) Keterbatasan dan Rintangan Konseling.

Rintangan terhadap keefektifan konseling sama dengan rintangan rintangan yang berkaitan dengan mengajar. Strategi strategi konseling keluarga adalah sebagai berikut:

a) Perasaan-perasaan dan tingkat dukungan keterlibatan klinisan keluarga.

- (1) Mengajukan pertanyaan kepada anggota keluarga yang sifatnya menggali persoalan, perasaan mereka tentang masalah kesehatan dan efek-efeknya terhadap keluarga.

- (2) Mendengar persoalan dan perasaan mereka secara empati, menormalkan jika perlu.
- (3) Mendukung anggota keluarga dalam upaya coping mereka.
- (4) Membuat nasehat kesehatan dan penyakit menurut kebutuhan, persoalan, dan perasan keluarga yang unik.
- (5) Mengidentifikasi disfungsi keluarga dan melakukan rujukan untuk memenuhi kebutuhan yang unik dari keluarga.

b) Pengkajian sistematis dan keterlibatan tingkat intervensi terencana.

- (1) Melibatkan anggota keluarga mereka yang enggan pun diliabatkan dalam konferensi terencana.
- (2) Menyusun koferensi keluarga sehingga semua anggota keluarga yang berpartisipasi punya kesempatan dan terdorong untuk mengekspresikan diri mereka sendiri.
- (3) Memberikan dukungan kepada anggota keluarga secara individu, sementara hindari pembentukan koalisi dengan anggota kelurga.
- (4) Membuat ulang denifisi keluarga tentang masalah atau situasi mereka dalam cara yang lebih positif dan dapat ditangani.

- (5) Membantu anggota keluarga untuk melihat masalah-masalah apabila membutuhkan usaha-usaha kolaboratif.
- (6) Membantu keluarga menyelaraskan respon kopingnya sehingga dapat di memberikan dukungan dan ketertarikan namun tidak merampas otonomi dan individu-individu.
- (7) Mengidentifikasi disfungsi keluarga di luar kompetensi tingkat klinisan dan merencanakan rujukan yang mendidik keluarga maupun pemberian terapi untuk bantuan selanjutnya.

c. Kontrak

Kontrak adalah persetujuan kerja yang dibuat oleh dua orang atau lebih. Dalam hal ini perawat dan keluarga. Kontrak dapat tertulis atau verbal.

Komponen-komponen dasar dalam membuat kontrak dengan klien:

- 1) Maksud dan tujuan kontrak: jangka panjang atau jangka pendek.
- 2) Implementasi: aktivitas yang dilakukan untuk mencapai tujuan dan oleh siapa.
- 3) Priorities in terms of goals or activities.
- 4) Penghargaan yang diberikan ketika tujuan-tujuan tercapai.
- 5) Parameter waktu: kapan aktivitas akan diselesaikan.
- 6) Waktu evaluasi ulang untuk menentukan kemajuan.
- 7) Penandatanganan dan tanggal: anggota keluarga dan perawat.

Kontrak berisi atas:

1) Diagnosa keperawatan dan kontrak

- a) Ketidakpatuhan.
- b) Defisit pengetahuan.
- c) Inefektif coping.
- d) Perubahan dalam perinting.
- e) Defisit perawatan diri.

2) Keterbatasan penggunaan kontak.

Menggunakan kontrak dengan klien membutuhkan waktu dan usaha, dan kontrak perawat bisa jadi merasa kehilangan kontrol, karena mayoritas kehilangan tanggung jawab implementasi beralih pada klien keluarga.

d. Management kasus

Dipandang sebagai suatu strategi dan proses pengambilan keputusan klinis.

Karakteristik karakteristik yang spesifik dari manajemen kasus yang diidentifikasi dalam literatur meliputi :

- 1) Menekankan partisipasi aktif klien
- 2) Orientasi holistik
- 3) Orientasi perawatan diri , penentuan nasib sendiri.
- 4) Koordinasi dan penggunaan berbagai pelayanan kemanusiaan yang efisien (ANA Task Force on Case Management, 1988;White, 1986).

Manajemen kasus berisi tentang:

1) Advokasi klien.

Seorang advokat adalah seseorang yang bicara atas nama orang lain atau kelompok lain. Advokat juga adalah seseorang yang mempertahankan dan mendukung suatu penyebab dengan argumen, seorang pembela atau perantara. Seperti posisi mempertahankan yang diterima oleh pengacara.

2) Koordinasi.

Inti dari manajemen kasus adalah koordinasi. Sesungguhnya manajemen kasus sering mengacu kepada koordinasi pelayanan yang dirancang untuk berbagai pelayanan bagi klien kebutuhan yang kompleks dalam satu satunya tempat kontrol (Seltzer et al,1989).

3) Manajemen Kasus : untuk siapa?

Optimisme besar yang muncul tentang bagaimana implementasi manajemen kasus oleh perawat dapat memperbaiki asuhan. Untuk lingkungan akut dan komunitas, dikalangan para pasien di mana ada masalah-masalah sosial dan kesehatan yang serius dan kompleks, manajemen kasus dipandang sebagai sebuah strategi praktik yang komperhensif dan dari segi biaya bersifat efektif.

Populasi yang menjadi target strategi-strategi manajemen kasus dan lansia yang lemah (kemper, 1988; Steinberg dan carter,1983); klien cacat/ rehabilitasi fisik (klien, 1981; Roesler dan Bolton,

1978); menderita sakit mental kronis; (Goering et al,1988) cacat secara perkembangan; anak teraniaya/ terlantar (weil et al,1985); dan akhir-akhir ini klien penderita AIDS dan penyakit penyakit kronis yang lain yang mengancam kehidupan (Fisher, 1987; Marthin 1987).

4) Studi studi manajemen kasus.

Mayoritas investigasi riset pertama tentang model manajemen kasus berada dalam konteks rehabilitasi (Goering et al,1988). Studi studi evaluasi lebih lanjut tentang manajemen kasus, dilakukan untuk mengevaluasi penyaluran proyek-proyek demonstrasi.

5) Manajemen Kasus dalam Kesehatan Komunitas.

Kita dapat mengetahui bahwa Jawa Tengah di masa silam, memiliki peranan dan posisi penting dalam peraturan politik, sosial ekonomi, dan cultural dalam rangkaian sejarah Indonesia. Jawa Tengah mempunyai andil besar dalam mengisi sejarah bangsa Indonesia dari masa ke masa. Mulai dari masa prasejarah, masa sejarah kuno, penjajahan, masa pergerakan sampai dengan masa menegakkan, mempertahankan, dan mengisi kemerdekaan.

6) Keterbatasan dan rintangan manajemen kasus keperawatan.

Ada tiga limitasi dan rintangan utama untuk menggunakan sebuah pendekatan manajemen kasus:

a) Kebijakan biaya yang terdapat dalam perawatan kesehatan.

- b) Perawat yang tidak cukup mendapat pendidikan untuk berfungsi sebagai manajemen kasus, menggunakan definisi manajemen kasus yang di perluas.
- c) Yang berhubungan dengan kedua rintangan yang pertama yaitu bahwa lembaga-lembaga perawatan kesehatan sendiri tidak melihat tanggung jawab yang luas tersebut sebagai manajemen kasus atau lembaga-lembaga tersebut tidak melihat tanggung jawab yang luas sebagai bagian dari ruang lingkup pelayanan mereka.
- e. Kolaborasi
- Komposisi team kesehatan boleh jadi berbeda-beda, tergantung kepada sumber-sumber lembaga yang tersedia, praktik-praktik dari tenaga kesehatan keluarga, dan kebutuhan-kebutuhan keluarga
- 1) Kolaborasi: untuk siapa?
Dalam manajemen kasus dimana masalah-masalah kesehatan keluarga dan individual bersifat kompleks, serius, atau berjangka panjang, antara disiplin intra lembaga, atau kolaborasi antar lembaga dikemukakan.
 - 2) Rintangan perawatan kesehatan kolaboratif
Beberapa sistem perawat terpadu masih belum bergerak, tetapi biopsikososial, akhir-akhir ini menurun karena kondisi ekonomi, politik dan sosia. Sebagai akibatnya, timbul rintangan dalam

pembiayaan, serta rintangan dalam pelaksanaan perawat kesehatan.

f. **Konsultasi**

Konsultasi dimasukkan dalam intervensi keperawatan keluarga yang umum karena para perawat keluarga sering berfungsi sebagai konsultan bagi para profesor lain dalam bidang kesehatan, kesejahteraan, disiplin pendidikan, dan formasi dan bantuan klien individual dan keluarga.

Perawat berorientasi pada keluarga yang berfungsi sebagai spesialis perawatan klinik, perawatan sekolah, konselor keluarga, perawatan kesehatan komunitas, perawatan okupasi kesehatan, memaksukan konsultasi sebagai salah satu komponen penting dalam praktik mereka.

Untuk penatalaksanaan hemoroid dan ketidaknyamanannya yang dapat dilakukan didalam rumah menurut www.jevuska.com adalah :

- a. Dengan hygiene personal yang baik dan menghindari mengejan berlebihan selama defekasi. Sertakan lebih banyak serat dalam diet Anda – buah segar, sayuran, dan roti gandum dan sereal merupakan sumber serat yang baik.
- b. Rendam duduk dengan salap dan supositoria yang mengandung anastesi.

- c. Tirah baring yang memungkinkan pembesaran berkurang.
- d. Minumlah cukup jumlah cairan – 6 sampai 8 gelas air setiap hari.
- e. Berolahraga secara teratur
- f. Jangan regangan atau duduk di toilet dalam waktu yang lama. Tegang selama lebih dari 5 menit bisa berbahaya. Cobalah untuk tidak tinggal di toilet lebih lama daripada yang diperlukan.
- g. Gunakan lap yang lembut, seperti lap bayi, untuk meringankan rasa sakit.
- h. Jika aktivitas pekerjaan utama Anda adalah duduk, selalu berdiri atau berjalan selama waktu istirahat Anda.
- i. Buatlah titik untuk berdiri dan berjalan setidaknya 5 menit setiap jam dan sering mencoba bergeser di kursi Anda untuk menghindari tekanan dubur secara langsung.
- j. Hindari mengangkat beban yang berat, karena hal ini dapat memberikan tekanan pada pembukaan dubur.
- k. Sertakan lebih banyak serat dalam diet Anda – buah segar, sayuran, dan roti gandum dan sereal merupakan sumber serat yang baik.
- l. Minumlah cukup jumlah cairan – 6 sampai 8 gelas air setiap hari.
- m. Berolahraga secara teratur
- n. Jangan regangan atau duduk di toilet dalam waktu yang lama. Tegang selama lebih dari 5 menit bisa berbahaya. Cobalah untuk tidak tinggal di toilet lebih lama daripada yang diperlukan.

- o. Gunakan lap yang lembut, seperti lap bayi, untuk meringankan rasa sakit.
- p. Jika aktivitas pekerjaan utama Anda adalah duduk, selalu berdiri atau berjalan selama waktu istirahat Anda.
- q. Buatlah titik untuk berdiri dan berjalan setidaknya 5 menit setiap jam dan sering mencoba bergeser di kursi Anda untuk menghindari tekanan dubur secara langsung.
- r. Hindari mengangkat beban yang berat, karena hal ini dapat memberikan tekanan pada pembukaan dubur.

6. Tugas keperawatan keluarga

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi: (suprajitno, 2004)

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami keluarga . Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/ keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadi, dan seberapa besar perubahan.

b. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya yang paling utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

c. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.

e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar bagi keluarga.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian hemoroid

Hemoroid adalah bagian vena yang berdilatasi dalam kanal anal (Smletzer, Suzanne C, 2002).

Hemoroid adalah pelebaran vena didalam pleksus hemoroidalis yang tidak merupakan keadaan patologik (Sjamsuhidajat, R, 2005).

Hemoroid merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari plexus hemorrhoidalis. Dibawah atau diluar linea dentate pelebaran vena yang berada dibawah kulit (subkutan) disebut hemoroid eksterna. Sedangkan diatas atau di dalam linea dentate, pelebaran vena yang berada dibawah mukosa (submukosa) disebut hemoroid interna. Biasanya struktur anatomis anal canal masih normal (Simadibrata, K Marcellus, 2007)

Hemoroid adalah pembesaran pada pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari plexus hemoroidalis.

2. Etiologi

Hemoroid dapat disebabkan oleh faktor resiko antara lain (Simadribata K. Marcellus, 2006):

- a. Mengejan pada waktu BAB.
- b. Pola BAB yang salah.
- c. Peningkatan tekanan intra abdomen.

- d. Kehamilan.
- e. Usia tua.
- f. Konstipasi kronik / diare kronik.
- g. Hubungan seks / peranal.
- h. Kurang minum air.
- i. Kurang makan makanan yang berserat.
- j. Kurang olah raga.

3. Patofisiologi

Kadang perdarahan hemorois yang berulang dapat berakibat timbul anemia berat. Hemoroid yang membesar secara perlahan-lahan akhirnya dapat menonjol keluar menyebabkan prolaps. Pada tahap awalnya disusul oleh reproduksi spontan sesudah selesai defekasi.

Pada stadium yang lebih lanjut hemoroid intern ini perlu didorong kembali setelah defekasi agar masuk ke dalam anus. Akhirnya, hemoroid dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami prolaps menetap dan tidak dapat didorong masuk ke dalam lagi. Keluarnya mukus dan terdapatnya feses pada pakaian dalam merupakan ciri hemoroid yang mengalami prolaps yang menetap. Iritasi kulit perianal dapat menimbulkan rasa gatal yang dikenal sebagai pruritus anus dan ini disebabkan oleh kelembaban yang terus menerus dan rangsangan mukus. Nyeri hanya timbul apabila terdapat trombosis yang luas dengan edem dan radang (Sjamsuhidajat, R, 2005).

4. Klasifikasi dan Derajat

Hemoroid diklasifikasikan atas hemoroid eksterna dan interna.

Hemoroid interna dibagi berdasarkan gambaran klinis atas:

- a. Derajat 1: bila terjadi pembesaran kelenjar hemoroid yang tidak prolaps ke luar kanal anus. Hanya dapat dilihat dengan anorektoskops.
- b. Derajat 2: pembesaran hemoroid yang prolaps dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan.
- c. Derajat 3: pembesaran hemoroid yang prolaps dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari.
- d. Derajat 4: prolaps hemoroid yang permanen. Rentang dan cenderung untuk mengalami thrombosis dan infark (Simadibrata, K Marcellus, 2007).

5. Manifestasi klinik

Hemoroid menyebabkan (Smletzer, Suzanne C, 2002) :

- a. Gatal.
- b. Nyeri.
- c. Pendarahan.
- d. Iskemia.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Diagnosis hemoroid dapat ditegakkan berdasarkan anamnesia keluhan klinis dari hemoroid berdasarkan klasifikasi hemoroid dengan pemeriksaan :

- a. Anoskopi/ kolonoskopi, karena hemoroid disebabkan adanya tumor dalam abdomen atau usus proksimal.
- b. Rontgen usus halus atau enteroskopi, untuk memastikan kelainan di usus halus.
- c. Rontgen enema atau koloskopi, untuk memastikan kelainan di kolon.

7. Komplikasi

Komplikasi yang paling sering adalah

- a. Perdarahan.
- b. Trombosis.
- c. Strangulasi. Adalah hemoroid yang prolaps dengan suplai darah dihalangi oleh sfingter ani (Price, Sylvia A, 2006).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hemoroid terdiri dari penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan bedah. Penatalaksanaan medis terdiri dari nonfarmakologis, farmakologis, tindakan minimal invasive.

- a. Penatalaksanaan medis nonfarmakologis. Penatalaksanaan nonfarmakologis bertujuan untuk mencegah perburukan penyakit dengan cara memperbaiki defikasi.
- b. Penatalaksanaan medis farmakologis. Pelaksanaan ini bertujuan memperbaiki defikasi dan meredakan atau menghilangkan keluhan dan gejala.
- c. Tindakan medis minimal invasiver. Tindakan untuk menghentikan atau memperlambat perburukan penyakit dengan tindakan-tindakan

pengobatan yang tidak terlalu invasive antara lain skleroterapi hemoroid atau ligasi hemoroid atau terapi laser.

- d. Tindakan bedah. Tindakan ini terdiri dua tahap yaitu pertama yang bertujuan untuk mengangkat jaringan yang sudah lanjut.



BAB III

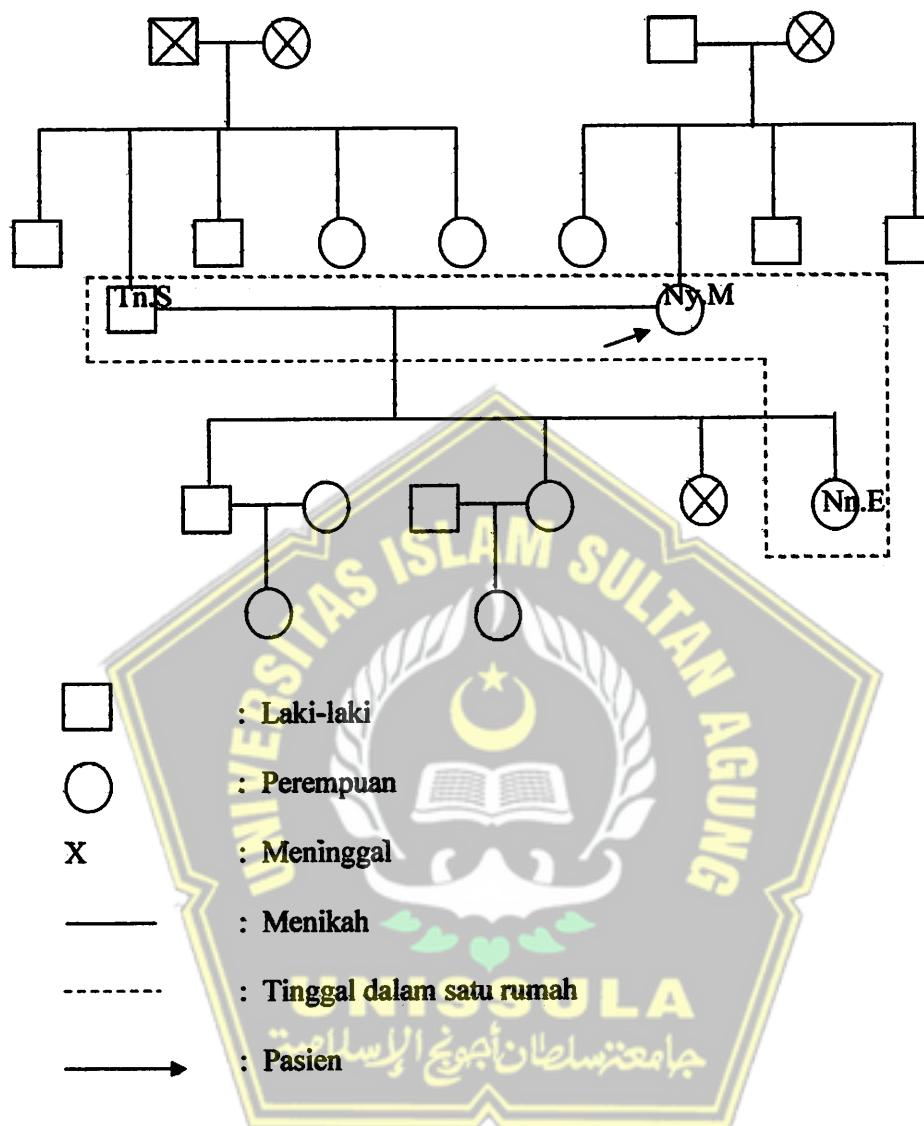
RESUME KEPERAWATAN

A. Data Umum

Pengkajian dilakukan pada Hari Selasa, tanggal 27 April 2010 pukul 09.00 di desa Muktiharjo Kidul RT 03 RW 14 Kecamatan Pedurungan, Semarang pada keluarga Tn. S (kepala keluarga- Suami) umur 52 tahun, Pendidikan SD dan bekerja sebagai buruh pabrik. Ny. M (Istri) umur 53 th, Pendidikan SMP, sebagai Ibu rumah tangga. Nn. E (anak) umur 15 tahun, Pendidikan SMP, dan masih sekolah, baru saja mengikuti ujian kelulusan SMP. Selain itu, Tn. S mempunyai anak yang sudah menikah yang pertama adalah Tn. D (27 tahun), yang sudah mempunyai seorang anak perempuan berumur 4 tahun. Begitupula anak yang kedua Ny. L (24 tahun) juga sudah mempunyai seorang anak perempuan berumur 4 tahun.

Tipe keluarga Tn. S adalah nuclear family. Tugas dan perkembangan keluarga ini adalah tahap ketujuh (orang tua usia pertengahan). Yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua, dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak

B. Genogram



C. Data focus

1. Pengkajian Lingkungan

Ny. M mengatakan bahwa tempat yang ditinggalinya saat ini adalah milik sendiri berukuran 5 x 10 m yang berbentuk permanen dan berhalasan keramik. Berisikan 3 kamar tidur dan 1 kamar mandi, ruang

keluarga yang digabung dengan dapur, beserta ruang tamu yang dijadikan satu dengan perlengkapan bengkel milik anaknya yang membuka bengkel di depan rumah (teras). Jendela dan ventilasi cukup. Akan tetapi rumah terlihat kotor dari depan sampai belakang dan kamar. Terlihat perlengkapan bengkel yang diletakkan sembarangan di ruang tamu, di meja dan kursi, begitupula dengan oli yang berceceran di lantai. Ny. M mengatakan kebutuhan air sehari-hari menggunakan air yang bersumber dari air galian (artesis). WC yang digunakan berjenis jongkok.

2. Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

Ny. M mengatakan hemoroidnya keluar setiap hari apalagi setiap BAB rasanya seperti teriris-iris di bagian anus dibuat dudukpun susah (skala nyeri 5). Kurang lebih dalam setahun ini hemoroidnya semakin parah yang biasanya keluar bisa masuk sendiri sekarang bila keluar harus dimasukkan sendiri dengan bantuan ibu jari.

3. Keadaan Gizi Keluarga

Ny. M mengatakan suka sekali makan makanan yang pedas. Lebih suka memasak sendiri karena irit. Cara memasaknya dicuci dahulu baru dipotong-potong, Ny. M juga mengatakan memasak 1 x sehari untuk 3 x makan. Dengan komposisi nasi, sayur dan lauk. Untuk makan makanan berserat Ny. M tidak tahu tentang kegunaan makanan tersebut dan jenisnya. Malah Ny. M menanyakan kepada mahasiswa.

D. Analisa Data

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa 27 April 2010 jam 10.00 pada keluarga Tn. S di desa Muktiharjo Kidul Rt. 03 RW.14 kecamatan pedurungan, Semarang.

Didapatkan data subjektif dari Ny M mengatakan hemoroidnya sekarang keluar tiap hari apalagi disaat BAB, rasanya nyeri seperti teriris-iris di daerah bagian anus yang dibuat dudukpun menjadi susah. Skala nyeri yang didapatkan pada Ny. M adalah 5, skala nyeri dari 0 sampai 10, dengan kriteria 0 tidak nyeri, 1 sampai 3 nyeri ringan, 4 sampai 6 nyeri sedang, 7 sampai 10 nyeri berat. Dan Ny. M mengatakan apa itu sebenarnya hemoroid itu. Data Objektif klien sadar penuh, keadaan umum baik, tanda-tanda vital TD: 120/80 x menit, N: 76 x/ menit, S: 36, BB: 69 kg.

Berdasarkan data diatas didapatkan diagnosa keperawatan nyeri hemoroid pada Ny. M di keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit.

Selanjutnya didapatkan data subjektif dari Ny M suka makan-makanan yang pedas dan tidak tahu tentang makanan yang berserat itu seperti apa. Dan menanyakan kepada mahasiswa terhadap hal tersebut. Untuk data objektifnya terlihat Ny. M sedang meracik bumbu, yang cabenya banyak sekali, sayuran yang dimasak juga bukan sayuran yang berserat tinggi. Berdasarkan data tersebut didapatkan diagnosa adalah gangguan kebutuhan nutrisi pada Ny. M di keluarga Tn. S berhubungan dengan kurang pengetahuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Untuk data yang diperoleh selanjutnya dari data subjektifnya di peroleh Ny. M yang mengatakan ruang tamu di jadikan satu dengan tempat perlengkapan bengkel karena sudah tidak ada tempat lagi. Dari data objektif yang di peroleh hasil yang didapatkan adalah terlihat perlengkapan bengkel yang berantakan dan oli yang berceceran di lantai berserta debu yang masuk ke dalam rumah karena jendela selalu di buka terus dari pagi hingga bengkel tutup. Dari data tersebut di peroleh diagnosa adalah resiko cidera pada Ny. M di keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan.

Dari ketiga analisa data yang telah dilakukan terdapat tiga diagnosa yang diperoleh adalah :

1. Nyeri akut pada Ny. M di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Ny. M di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal masalah kesehatan keluarga.
3. Resiko cidera pada Ny. M di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga.

E. Scoring Masalah

1. Nyeri akut pada Ny. M di keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit.

Kriteria sifat masalah kurang sehat, dengan score $3/3 \times 1 = 1$, dengan pembenaran Ny. M sedang mengalami sakit hemoroid. Ny. M mengatakan setiap hari Hemoridnya kambuh dan keluar. Untuk memasukkannya kembali, harus menggunakan bantuan ibu jari agar masuk terdorong kedalam. Disamping itu, Ny. M merasakan nyeri, dengan skala nyeri 5 dari rentang skala 0-10 dengan pembagian dan uraian sebagai berikut ; 0 : tidak nyeri, 1-3 : nyeri ringan, 4-6 : nyeri sedang, 7-10 : nyeri berat.

Kemungkinan masalah dapat diubah dengan mudah. Dengan skor $2/2 \times 1 = 1$. Dengan pembenaran tempat pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau keluarga dengan kendaraan yang dimilikinya.

Potensi masalah yang dicegah kemungkinan besar cukup dengan skor $1/3 \times 1 = 1/3$. Keluarga melakukan pengobatan dengan obat tradisional.

Menonjolkan masalah yang masalah tersebut berat dan harus segera ditangani dengan skor $2/2 \times 1 = 1$, dengan pembenaran ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit saat ditanyai tentang sakit keluarga hanya diam saja.

Total skor dari kriteria 1-4 adalah $3 \frac{1}{3}$.

2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Ny. M di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal masalah kesehatan keluarga.

Sifat masalah dengan keadaan sejahtera nilai skor $1/3 \times 1 = 1/3$, dengan pembenaran keluarga makan 3 x sehari walaupun 1x memasak.

Kemungkinan masalah yang dapat diubah mudah, nilai skor $2/2 \times 2 = 1$, dengan pembenaran penyediaan sarana yang mudah didapat.

Potensi masalah untuk dicegah cukup, nilai skor $2/3 \times 1 = 2/3$, dengan pembenaran masalah penyediaan nutrisi keluarga terpenuhi.

Menonjolnya masalah tidak dirasakan oleh keluarga dengan nilai skor $0/2 \times 1 = 0$, pembenarannya keadaan tersebut sudah berlangsung lama dan tidak pernah mengerti akibatnya.

Total skor dari kriteria 1-4 adalah 2.

3. Resiko cedera pada Ny. M di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga.

Sifat masalah termasuk ancaman kesehatan bagi keluarga, nilai skor $2/3 \times 1 = 2/3$, dengan pembenaran bila keadaan tersebut tidak segera diatasi akan membahayakan Ny. M dan anggota keluarga yang lain.

Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian nilai skor $1/2 \times 2 = 1$, dengan pembenaran keadaan rumah yang sempit, penataan peralatan bengkel yang cukup rumit.

Potensi masalah untuk dicegah tinggi dengan nilai skor $3/3 \times 1 = 1$, dengan pembenaran bukan hanya klien saja yang kena dampaknya, tetapi anggota keluarga lain juga.

Menonjolnya masalah ada masalah tetapi tidak perlu ditangani dengan skor $1/2 \times 1 = 1/2$. Dengan pembenaran keluarga tersebut mengetahui hal tersebut, tetapi melihat keadaan rumah hanya membiarkan saja.

Total skor dari criteria 1-4 adalah 3 1/6.

F. Intervensi

Intervensi dilakukan pada tanggal 27 April 2010. Berdasarkan analisa diatas penulis dapat merencanakan asuhan keperawatan bagi keluarga khususnya pada Ny. M pada keluarga Tn. S.

Untuk diagnosa pertama adalah nyeri akut pada Ny. M dikeluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit.

Tujuan jangka panjang yang diharapkan adalah dengan Ny. M tidak merasakan/ berkurangnya nyeri di hemoroidnya. Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga selama 1 x 60 menit nyeri klien dapat berkurang, klien dapat merasakan rasa nyaman, keluarga dan klien mengerti tentang sakit yang dideritanya saat ini. Dari data tersebut dapat muncul kriteria hasil dari respon motorik pertama klien melakukan relaksasi dengan benar dengan menurunkan ketegangan otot saat terjadi nyeri yang terjadi di pangkal paha untuk menahan nyeri, yang kedua adalah memasase daerah nyeri di sekitar pantat dengan lembut. Untuk respon motorik yang kedua adalah klien dapat menempatkan diri di tempat duduk yang nyaman dan dapat memosisikannya dengan baik, caranya dengan meletakkan bantalan empuk di tempat duduknya. Intervensi yang muncul ajarkan teknik duduk yang nyaman pada klien. Pada respon verbalnya; hemoroid adalah pembesaran pembuluh darah vena di daerah anus. Penyebab hemoroid

adalah mengejan saat bab, pola bab yang salah, peningkatan tekanan abdomen, kehamilan, usia tua, konstipasi/ diare akut, hubungan sex, kurang minum air, kurang makan makanan yang berserat, kurang olahraga. Tanda dan gejala adalah gatal, nyeri, pendarahan, miskemia. Komplikasi perdarahan, thrombosis, strangulasi. Pengobatan yang bisa dilakukan adalah medis nonfarmakologis, medis farmakologis, tindakan minimal invasiver, tindakan bedah. Yang dituliskan intervensinya beri informasi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pengobatan. Dan di teruskan intervensi selanjutnya tanyakan kembali tentang informasi yang diberikan.

Diagnosa yang kedua yaitu resiko cidera pada Ny. M di keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan.

Tujuan jangka panjang setelah tindakan selama 1 x 24 jam klien mengerti akan bahaya lingkungan rumahnya dan dapat memodifikasi lingkungan rumahnya. Dengan evaluasi kriteria hasil adalah respon verbal : rumah berdebu, banyak peralatan yang membahayakan dan oli berceceran dapat mencederai seperti terpelet apa lagi bila Ny. M yang sedang kambuh hemoroidnya dan bisa terkena benda yang berbahaya. Dengan intervensi ajarkan klien mengenal lingkungannya, dan intervensi kedua dari respon motorik adalah ajarkan keluarga memodifikasi lingkungan.

Prioritas yang ketiga adalah gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Tujuan jangka panjangnya adalah nutrisi untuk klien terpenuhi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam keluarga mengerti kebutuhan nutrisi untuk Ny. M, keluarga mengenal jenis nutrisi yang dibutuhkan. Yang diharapkan pada kriteria hasil dan respon verbal adalah makan-makanan yang baik untuk penderita adalah makan-makanan yang tinggi akan serat, dengan intervensi yang muncul ajarkan klien tentang makan yang tepat. Respon verbal kedua jenis makanan yang berserat tinggi adalah ubi-ubian, intervensinya adalah ajari jenis makanan berserat, tanyakan kembali informasi yang telah diberikan.

G. Implementasi

Pada tanggal 27 April – 8 Mei 2010 dilakukan implementasi keperawatan yang dilakukan penulis. Implementasi yang dilakukan adalah :

Diagnosa pertama adalah nyeri akut pada Ny. M dikeluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit. Dengan implimentasi pertama mengajarkan teknik relaksasi dengan : 1. Menurunkan ketegangan otot, 2. Memasage daerah pantat, dengan hasil data subjektif klien mengatakan mencoba dan rasa nyeri sedikit berkurang, data objektifnya klien memperagakan apa yang telah diajarkan. Implementasi kedua mengajarkan klien teknik duduk agar klien bisa merasa nyaman dengan hasil subjektif klien mengatakan bisa duduk dengan nyaman, objektif mencoba apa yang diberikan pengarahan. Implementasi ketiga memberikan informasi tentang pengertian, penyebab,

tanda dan gejala, komplikasi, pengobatan, dengan hasil subjektifnya tidak ada, objektifnya klien mendengarkan dengan baik. Implementasi ke empat menanyakan kembali tentang informasi yang telah diberikan. Dengan hasil data subjektif klien mengulang apa yang baru saja diberikan informasi, objektifnya klien kooperatif dan bisa menjelaskan kembali informasinya.

Pada diagnosa kedua resiko cedera pada Ny. M di keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan. Dengan implementasi pertama adalah mengajarkan klien untuk mengenal lingkungannya. Implementasi kedua adalah mengajarkan keluarga untuk memodifikasi lingkungan, khususnya di ruang tamu.

Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. M dikeluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal masalah kesehatan. Implementasi pertama adalah mengajarkan klien tentang makan makanan yang tepat. Dengan hasil data subjektif tidak ada, hasil objektifnya klien kooperatif. Implementasi kedua memberikan informasi tentang makanan yang berserat tinggi. Dengan hasil subjektif tidak ada, objektifnya klien kooperatif. Implementasi ketiga menanyakan kembali kepada klien tentang informasi yang telah diberikan. Dengan hasil data subjektifnya klien menjelaskan kembali informasi yang telah diberikan, objektifnya klien memahami tentang makanan yang berserat tinggi.

H. Evaluasi

Hasil data yang telah didapatkan dan disampaikan dari intervensi dan implementasi dapat di rumuskan menjadi satu dalam daftar evaluasi.

Untuk diagnosa pertama data yang didapat subjektifnya, nyeri berkurang, dapat duduk dengan nyaman dan mengerti akan hemoroid yang sebenarnya. Data objektifnya, klien terlihat tenang dan kooperatif beserta dapat menjelaskan kembali tentang informasi yang telah di berikan. Analisanya adalah masalah teratasi, planningnya lanjutkan intervensi.

Selanjutnya untuk diagnosa kedua dari hasil data evaluasi yang didapat data subjektifnya adalah klien mengatakan akan mencoba melaksanakan saran dan informasi yang telah diberikan oleh mahasiswa, data objektifnya klien kooperatif. Analisanya masalah teratasi, planningnya lanjutkan intervensi.

Pada diagnosa ketiga didapatkan hasil evaluasi dari data subjektif klien mengatakan sulit untuk memodifikasi rumahnya, data objektifnya tidak ada keluarga yang mendukung. Analisanya masalah belum teratasi, planningnya lanjutkan intervensi dan ulang masalah untuk memodifikasi lingkungan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini penulis membahas mengenai Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S Dengan Masalah Utama Hemoroid Pada Ny. M. Asuhan ini telah dilaksanakan oleh penulis selama 2 minggu, mulai tanggal 27 April sampai 8 Mei di Kelurahan Muktiharjo Kidul RT 3 RW 14 Kecamatan Pedurungan Kota Semarang.

Tahapan proses keperawatan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, implementasi sampai evaluasi. Di sini penulis membahas tiap permasalahan dengan mengacu pada tiap diagnosa keperawatan yang dimulai dari analisa data, label diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada tanggal 27 April 2010. Proses ini merupakan pengumpulan data yang menjadi dasar munculnya masalah keperawatan pada klien.

Wawancara merupakan suatu pertemuan dengan tatap muka langsung dengan anggota keluarga. Observasi adalah pengamatan yang akhirnya mendapatkan hasil objektif (Friedman, 1998). Wawancara dan observasi harus dilakukan dengan baik, sehingga akan terjalin *trust* yang baik dengan keluarga. Akhirnya data yang diperoleh menjadi valid.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh penulis mengacu pada konsep dari *Friedman's assessment Model* yang digabungkan dengan lima tugas

perawatan keluarga dari Bailon & Maglaya, 1987. Sehingga dalam struktur redaksional diagnosa keperawatan, masalah keperawatan didasarkan pada temuan pengkajian melalui *Fiedman's assessment Model*, sementara etiologi didasarkan pada temuan pengkajian melalui konsep lima tugas perawatan keluarga dari Bailon & Maglaya. Hal ini dimungkinkan karena fokus pada asuhan keperawatan keluarga pada Ny. M yang dikelola oleh penulis, menekankan pada individu dalam setting keluarga (level 1). (Fredman, 1989 dalam Maurer & Smith, 2005, hal. 272).

- A. Diagnosa pertama adalah, nyeri akut pada Ny. M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit.

Komponen problem pada diagnosa secara redaksional kurang tepat, karena dari hasil analisa yang didapatkan adalah P: Ny. M mengatakan nyeri, q: nyeri seperti teriris-iris, R: nyeri terasa dianus, S; 5 (sedang). Nyeri akut sendiri berlangsung selama kurang lebih setahun ini. Karena data tersebut tidak mencerminkan nyeri akut, yang berlangsung selama kurang lebih satu tahun. data tersebut mencerminkan keadaan individu dimana mengalami nyeri yang menetap atau intermiten dan berlangsung lebih dari enam bulan mencerminkan nyeri kronik. Dimana data mayornay menunjukkan nyeri lebih dari enam bulan, data minornya mencapai 60%-70% (Carpenito,2001).

Komponen etiologi pada diagnosa ini secara redaksional sudah tepat, namun data yang didapat kurang akurat sehingga tidak mencerminkan etiologi ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tetapi lebih kepada ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penatalaksanaan nyeri akut pada hemoroid. Alasan lain, karena di dalam intervensi penulis mengajarkan teknik distraksi – relaksasi. Intervensi ini bertujuan untuk memandirikan pasien dalam penanganan nyeri yang sedang dialami oleh ny. M. Seharusnya penulis mengkaji lebih jauh pada pengkajian tugas perawatan keluarga dalam mengatasi nyeri akut yang dialami oleh Ny. M, sehingga didapatkan koherensi antara data yang didapat, etiologi yang ditegakkan serta intervensi yang direncanakan.

Total skor dari masalah keperawatan nyeri dengan semua kriteria 1-4 adalah 3 1/3. Penetapan masalah keperawatan tersebut menjadi prioritas kedua sudah sesuai karena jumlah skor lebih rendah dari masalah keperawatan resiko cedera. Hal ini sesuai dengan teori bahwa setelah proses analisa selesai kemungkinan perawat kesehatan masyarakat dalam satu keluarga perawat menemukan lebih dari satu masalah kesehatan dan keperawatan keluarga, yang mana masalah tersebut tidak dapat ditangani sekaligus mengingat kondisi sumber daya yang dimiliki oleh keluarga atau petugas. Pengambilan prioritas masalah sesuai dengan nilai tertinggi. (Bailon dan Maglaya, 1978)

Tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi adalah 1 X 60 menit. Hal ini tidak bisa ditempuh karena seharusnya dalam melakukan relaksasi penghilangan nyeri waktu yang digunakan kurang untuk melakukan sebuah teknik relaksasi yang sedang dialami oleh klien. Waktu yang seharusnya penulis tuliskan yang tepat adalah 4 X 60 menit. Akan tetapi dalam keluarga

langsung saat penulis tersebut sedang mengajarkannya nyeri klien dapat diatasi dalam waktu yang telah direncanakan.

Berdasarkan diagnosa yang muncul, penulis menyusun intervensi yaitu memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang pengetahuan, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pengobatan serta mengajarkan teknik relaksasi yang benar, mengajarkan individu menempatkan diri ditempat yang nyaman. Penyuluhan dari intervensi tersebut bertujuan membantu keluarga memiliki perasaan kontrol dan mengurangi stress. (Friedman, 1998).

Penulis melakukan implementasi pada setiap intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Dimana implementasi tersebut mengajarkan individu untuk melakukan teknik relaksasi dan menempatkan posisi yang nyaman, beserta memberikan informasi penyuluhan tentang hemoroid. Dari hasil data implementasi yang telah dilakukan, penulis dapat menyimpulkan evaluasi yang didapatkan dari keluarga dengan masalah yang teratasi dengan skala nyeri menjaditiga tiga dan keluarga mengerti akan kesehatan salah satu anggota keluarganya.

Seharusnya penulis perlu menambahkan intervensi pentingnya pemeriksaan kesehatan yang perlu ditekankan pada keluarga Ny. M karena melihat kondisi kesehatan tentang hemoroidnya yang sudah menunjukkan derajat ke III : pembesaran hemoroid yang poorlap dapat masuk lagi dalam anus dengan bantuan dorongan jari. (Simadibrata, K. Marcellus, 2007; 395)

Untuk intervensi ini penatalaksanaan yang digunakan adalah tindakan bedah. Karena untuk perawatan hemoroid ini tidak dapat dilakukukan perawatan di dalam rumah. Tindakan dimana bertujuan untuk mengangkat jaringan yang sudah lanjut. (Smeltzer, 2002)

- B. Diagnosa kedua gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Ny. M pada keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal masalah dalam keluarga.

Komponen prolem ada diagnosa ini secara redaksional kurang tepat, karena dari analisa data yang didapatkan klien suka makan-makan yang pedas. Saat ditanya keluarga tentang makanan berserat keluarga tidak mengetahuinya beserta mafaatnya. Disamping itu juga NY. M menanyakan tentang informasi pengetahuan makan yang baik untuk sakitnya. Ny. M makan tiga kali sehari dengan satu kali masak seadanya. Data yang penulis dapatkan belum cukup untuk menggakkan sebuah diagnosa gangguan nutrisi, sehingga diagnosa yang kedua tidak bisa penulis angkat menjadi diagnosakeperawatan. Menurut teori gangguan nutrisi harus terdapat data batasan karakteristiknya, mayor individu yang tidak puas melaporkan atau mengalami masukan makanaan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau penurunan berat badan. Minor berat badan 10 % sampai 20 % atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh, lipatan kulit *trisepe* lingkaran lengan kurang dari 60% standar pengukuran,

kelemahh otot dan nyeri tekan, penurunan albumin serum peunrunan ikatan besi (Carpenito, 2001).

- C. Diagnosa ketiga, resiko cedera pada Ny. M pada keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan anggota keluarga memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan.

Komponen problem pada diagnosa ini secara redaksional kurang tepat, karena faktor resiko yang ada pada keluarga, memungkinkan terjadi pada semua anggota keluarga, tidak hanya pada Ny. M saja. Seharusnya tertulis resiko cedera pada seluruh anggota keluarga Tn S. Data yang mencerminkan yaitu untuk data subjektifnya Ny. M mengatakan ruang tamu dijadikan satu dengan tempat perlengkapan bengkel dan minta maaf karena rumahnya berantakan. Untuk data objektifnya terlihat oli berceceran, perlengkapan bengkel yang di letakkan sembarangan, dan debu karena jendela yang selalu terbuka setiap hari dan baru ditutup jika bengkel tutup, data yang mencerminkan problem adalah terlihat oli bececeran, perlengkapan bengkel yang diletakkan sembarangan. Data tersebut sudah cukup karena dalam analisa data yang didapatkan lantai terbuat dari keramik, terlihat oli berceceran, ruang tamu yang ukurannya 4 x 3 meter yang dijadikan satu dengan ruang tamu, beserta perlengkapan bengkel yang diletakkan sembarangan. untuk menegakkan menjadi sebuah problem karena faktor resiko dari sisi eksternal (Nanda, 2000, hal. 4)

Data yang mencerminkan dari etiologi dari Freidmen yaitu Ny. M mengatakan minta maaf kepada mahasiswa karena rumahnya berantakan,

rumah terlihat kotor, oli berceceran dan perlengkapan bengkel yang diletakkan di sembarang tempat, lantai yang terbuat dari keramik. Data tersebut sudah cukup untuk mencerminkan sebuah etiologi yang. Penulis disini dalam mengkaji tugas perawatan keluarga terkait dengan problem harus lebih detail dimana resiko tersebut udah pernah terjadi apa belum. Tindakan ini menjadi dasar penemuan data maladaptif yang selanjutnya diformulasikan menjadi etiologi pada diagnosa tersebut. Pengkajian pada tahap ini memfokuskan pada usaha-usaha yang telah dilakukan oleh keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah. Penulis membandingkan dengan Bailon dan Maglaya, 1978, etiologi yang tepat untuk diagnosis ini adalah ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah yang bisa mempengaruhi kesehatan dan pengembangan pribadi anggota keluarga karena dalam faktor analisa data, didapatkan data sumber-sumber keluarga tak seimbang/ tidak cukup seperti keuangan; tanggung jawab/ wewenang keluarga; fisik (isi rumah yang tak teratur) – sempit/ berjejal dan ketidak kompakakan keluarga dalam. Ini didapatkan analisa data bila ruang tamu sudah dibersihkan dan di tata dengan baik salah satu anggota keluarganya masih mengotorinya dan masih saja meletakkan perlengkapan bengkel sembarangan. Data ini sudah dapat menegakkan sebuah etiologi

Pengambilan diagnosa tersebut sudah sesuai karena jumlah score tertinggi hal ini sesuai dengan teori bahwa setelah proses analisa selesai kemungkinan perawat kesehatan masyarakat dalam satu keluarga perawat menemukan lebih dari satu masalah kesehatan dan keperawatan keluarga,

yang mana masalah tersebut tidak dapat ditangani sekaligus mengingat kondisi sumber daya yang dimiliki oleh keluarga atau petugas. Pengambilan prioritas masalah sesuai dengan nilai tertinggi (Bailon dan Maglaya, 1978).

Berdasarkan data yang ada diagnosa yang muncul penulis menyusun intervensi tersebut yaitu memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang pengenalan lingkungan dan cara memodifikasi lingkungan. Tindakan penyuluhan kesehatan yang diberikan keluarga tepat, karena dengan memberikan penyuluhan kesehatan lingkungan diharapkan keluarga mengerti pentingnya kesehatan bagi Ny. M dan anggota keluarga yang lain. Penyuluhan menyediakan informasi bagi klien dan dengan demikian membantu keluarga memiliki perasaan control dan mengurangi stres (Friedman, 1998).

Dari berbagai intervensi keperawatan keluarga pada setiap masalah penulis melakukan implementasi. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi resiko ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit adalah: mengenalkan lingkungan pada keluarga dan mengajarkan memodifikasi lingkungan yang baik. Dalam diagnosa pertama ini dari berbagai intervensi keperawatan keluarga pada setiap masalah penulis melakukan implementasi yang dilakukan untuk mengatasi resiko cidera pada keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan untuk kesehatan.

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan, penulis memperoleh data evaluasi dengan subjektifnya klien mengatakan percuma

dibersihkan kalau saja masih dikotori anaknya, data objectifnya adalah klien terlihat marah karena rumah sudah dibersihkan tetapi dikotori lagi, analisa yang didapatkan dari data intervensi belum teratasi dan planningnya adalah lanjutkan intervensi.

Ketidakmampuan memodifikasi lingkungan untuk kesehatan berkaitan dengan cara keluarga memodifikasi (membersihkan dan menata), nyeri hemoroid pada Ny. M di keluarga Tn. S adalah suatu keadaan dimana sistem penatalaksanaan atau pengobatan secara sederhana tidak atau beresiko tidak menjadi efektif.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn. S dengan masalah utama hemoroid pada Ny. M di Kelurahan Mutiharjo Kidul, Kecamatan Pedurungan, Semarang yang menderita penyakit Hemoroid. Sesuai langkah terakhir dalam penulis menyusun karya tulis ilmiah ini, diambil beberapa kesimpulan yang sekiranya dapat diambil beberapa kesimpulan yang sekiranya dapat di gunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada klien, khususnya keperawatan keluarga dengan anggota keluarga menderita Hemoroid.

1. Pengkajian asuhan keperawatan pada keluarga Tn. S dengan masalah utama hemoroid telah dilakukan sesuai teori, meskipun dalam pengkajian masih banyak kekurangan dan kesenjangan.
2. Diagnosa yang muncul setelah dilakukan pembahasan ada 2 karena salah satu diagnosa tidak dapat di tegakkan, yaitu yang pertama Nyeri kronik pada Ny. M di keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal masalah dalam keluarga. Yang kedua adalah resiko cidera pada seluruh anggota keluarga Tn. S berhubungan dengan ketidakmampuan

memelihara lingkungan rumah yang bisa mempengaruhi kesehatan dan pengembangan pribadi anggota keluarga. Pada tahap ini telah dilakukan intervensi sesuai rencana keperawatan keluarga, terdapat kerja sama antara klien, keluarga dan pusat pelayanan kesehatan.

3. Penatalaksanaan yang dilakukan telah di bahas di bab IV yaitu seharusnya keluarga yang menderita hemoroid dilakukan tindakan pembedahan karena derajat hemorid sendiri sudah mencapai derajat tiga. Untuk pengobatan alternatif, sebelum penulis terjun ke keluarga, keluarga sudah melakukan alternatif lain selain menggunakan ramuan-ramuan tradisional.
4. Implementasi yang dilakukan belum maksimal karena terdapat tujuan yang belum tercapai. Karena dari evaluasi tindakan tersebut dalam diagnosa resiko cedera salah satu anggota keluarganya ada yang tidak mendukung. Setelah rumah di bersihkan dan ditata mengotorinya kembali.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa hendaknya lebih memahami tentang asuhan keperawatan keluarga terutama pada asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hemoroid.
2. Adanya kerjasama yang perlu ditingkatkan antara klien, keluarga, petugas kesehatan serta pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.
3. Pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat diharapkan dapat memberikan informasi dan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang membutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, Lynda Juall. 2009. *Diagnosis Keperawatan*. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Davey, P. 2006. *At a Glance Medicine*. Jakarta. Erlangga
- Efendy, ferry, 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas*, Penerbit Salemba medika, Jakarta.
- Friedman, 1998. *Keperawatan keluarga teori dan praktek*, Edisi 3, Jakarta : EGC.
- Hidayat, A.A. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Komang. 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. CV Sagung Setyo: Jakarta
- Price, S.A & Wilson, L.M, 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Edisi 6. Vol 1. Jakarta: EGC
- Reeves Charlene J, dkk. 2001, *Keperawatan Medikal Bedah*, Salemba Medika. Jakarta.
- Simadibrata, K.M, 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 4. Jilid 1. Jakarta: FKUI.
- Suprajitno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Penerbit buku kedokteran, Jakarta : EGC.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. 2002. *Buku Ajar Medikal Bedah* (alih bahasa: Agung Waluyo). Jakarta: EGC. Simadibrata, K.M, 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 4. Jilid 1. Jakarta: FKUI.
- Sjamsuhidajat, R, 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC, Jakarta

Setyowati, Satun & Agus.2008. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Trans Info Media Jakarta

Setiowati, Sri & Aritamuani. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Mitra Cendekia Pres Jogjakarta

Tim pengajar keperawatan komunitas poltekes Depkes Jakarta.2006.*Keperawatan Komunitas*. Penerbit Salemba medika, Jakarta.

WWW.ABS.New. National Health Survey, Australia Kesehatan 2009,

AIHW.Ameri Serikat

