



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANAK USIA
SEKOLAH DENGAN RETARDASI MENTAL DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS NANGGALO**

KARYA TULIS ILMIAH

MUHAMMAD KHAIRUL HAMZAH

NIM: 213110130

**JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM D III KEPERAWATAN PADANG**

2024



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANAK USIA
SEKOLAH DENGAN RETARDASI MENTAL DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS NANGGALO**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan ke Program Studi D III Keperawatan Kementerian Kesehatan
Politeknik Kesehatan Padang Sebagai Syarat Untuk
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan*

MUHAMMAD KHAIRUL HAMZAH

NIM: 213110130

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
2024**

Kata Pengantar

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anak Usia Sekolah Dengan Retardasi Mental Di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang** ”. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang. Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Untuk itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan membimbing dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terutama kepada Ibu Ns.Verra Widhi Astuti,S.Kep,M.Kep selaku Pembimbing I sekaligus Dosen PA dan Ibu Heppi Sasmita,S.Kp,M.Kep,Sp.Jiwa selaku Pembimbing II yang telah banyak menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Tidak lupa juga peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati SKp. M.Kep. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Tasman SKp. M.Kep. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang dan sekaligus menjadi Penguji 1.
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Ibu Ns.Murniati Muchtar,M.Biomed sebagai penguji 2.
5. Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi peneliti selama perkuliahan di Jurusan

Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

6. Bapak dr. Muhammad Fardhan sebagai pimpinan Puskesmas Nanggalo Kota Padang yang telah mengizinkan untuk melakukan penelitian.
7. Teristimewa untuk Kedua Orang Tua tersayang yang telah memberikan dorongan, semangat, doa restu dan kasih sayang yang tiada terhingga. Tiada kata yang dapat penulis utarakan selain terima kasih dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan kesehatan, rahmat dan karunia- Nya kepada kita semua.
8. Tak lupa juga untuk abang, uni, dan hani yang juga memberikan semangat selama karya tulis ilmiah ini dibuat
9. Terakhir kepada Sheren Julia Mohisa Sugandy yang telah hadir menemani peneliti dalam segala keadaan.

Akhir kata penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan dan masukan yang telah diberikan mendapatkan balasan kebaikan dari Allah SWT. Amin.

Padang, November

Peneliti

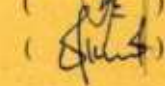
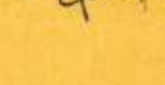
Halaman Pengesahan

Karya Tulis Ilmiah Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama : Muhammad Khairul Hamzah
NIM : 213110130
Program Studi : D3 Keperawatan Padang
Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anak Usia Sekolah
Dengan Retardasi Mental Di Wilayah Kerja Puskesmas
Nanggalo Kota Padang Tahun 2024

Karya Tulis Ilmiah KTI ini telah diuji dan dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah KTI Program Studi D3 Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dan Dinyatakan telah memenuhi syarat dan diterima.

Dewan Penguji

Ketua penguji	: Tasman, S.kp, M.kep, Sp.Kom	()
Penguji 1	: Ns.Murniati Muchtar, M.Biomed	()
Penguji 2	: Ns.Verra Widhi Astuti, S.Kep, M.Kep	()
Penguji 3	: Heppy Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa	()

Di tempat : Kemenkes Poltekkes Padang
Tanggal : Desember 2024

Mengetahui,

Ka. Prodi D3 Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadrivanti, M. Kep

NIP. 197501211999032005

**KEMENKES POLTEKKES PADANG PROGRAM STUDI D-III
KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, November 2024

Muhammad Khairul Hamzah

Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anak Usia Sekolah Dengan Retardasi Mental di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang Tahun 2024

Isi : xii + 93 Halaman, 2 Tabel, 9 Lampiran

ABSTRAK

Retardasi Mental (RM) merupakan istilah umum untuk penyakit seumur hidup yang relatif umum dan merupakan gejala umum disfungsi neurologis. Diperkirakan bahwa 1-3% dari total populasi di Indonesia mengalami gangguan intelektual, yang setara dengan sekitar 6,6 juta jiwa. Dari jumlah tersebut, sebanyak 2,8% mengalami retardasi mental berat, 2,6% mengalami retardasi mental sedang, 3,5% mengalami retardasi mental ringan, dan 2,5% lainnya tergolong dalam kategori sangat rendah tingkat kecerdasannya (Kemenkes RI, 2023). Desain penelitian deskriptif, jenis kualitatif dalam berbentuk studi kasus. Tempat di Rumah Keluarga Tn.H di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo. Waktu dari bulan November 2023 sampai bulan Desember 2024. Asuhan keperawatan dilakukan selama 15 hari. Populasi 4 keluarga dengan anak retardasi mental. Penetapan sampel 1 orang dengan accidental sampling. Teknik pengumpulan data wawancara, observasi, dan dokumentasi. Analisa data dilakukan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian orang lain.

Hasil penelitian didapatkan 5 diagnosis yaitu, gangguan tumbuh kembang, gangguan komunikasi verbal, risiko cidera, ketegangan pemberi asuhan, dan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Intervensi dilakukan sesuai TUK 1-5. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai fungsi keperawatan keluarga sesuai TUK 1-5

Disimpulkan dari asuhan keperawatan keluarga ini selama 15 hari keluarga sudah mampu menangani dan menunjang kemandirian anaknya yang menderita retardasi mental. Diharapkan kepada keluarga agar melanjutkan kegiatan atau terapi secara mandiri setelah mendapat asuhan keperawatan keluarga.

Kata Kunci : Retardasi Mental, Anak Usia Sekolah, Asuhan Keperawatan, Keluarga

Daftar Pustaka : 43 (2013-2023)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Muhammad Khairul Hamzah
NIM : 213110130
Tempat/ Tanggal Lahir : Paninggahan/ 10 Oktober 2001
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Gando, Paninggahan, Kecamatan Junjung sirih,
Kabupaten Solok

No	Riwayat Pendidikan	Tahun Ajaran
1	TK Ay-Siyah	2007-2008
2	SD N 02 Paninggahan	2008-2014
3	SMP Perguruan Islam Ar-Risalah	2014-2017
4	SMA N 01 Kota Solok	2017-2020
5	Prodi D-III Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemekes RI Padang	2021-2025

PENYATAAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anak Usia Sekolah Dengan Retardasi Mental di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang Tahun 2024" ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.

Padang, November 2024

Menyetujui

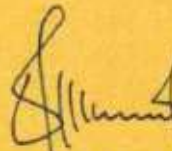
Pembimbing 1,



Ns. Verra Widhi Astuti, S.Kep. M.Kep

NIP : 19910225 201902 2001

Pembimbing 2,



Heppi Sasmita, S.Kp. M.Kep. Sp. Jiwa

NIP : 19701020 199303 2002

Mengetahui,

Ketua Prodi D3 Keperawatan Padang
Kemenkes Poltekkes Padang



Ns. Yessi Fadrivanti, M. Kep

NIP. 197501211999032005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang diikuti maupun yang di rujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Muhammad Khairul Hamzah

Nim : 213110130



Tanda Tangan :

Tanggal : 5-5-2015

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Muhammad Khairul Hamzah
NIM : 213110130
Tempat, Tanggal Lahir : Paninggahan, 10 Oktober 2001
Tahun Masuk : 2021
Nama PA : Ns. Verra Widhi Astuti, S.Kep, M.Kep
Nama Pembimbing Utama : Ns. Verra Widhi Astuti, S.Kep, M.Kep
Nama Pembimbing Pendamping : Heppy Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan laporan hasil Tugas Akhir saya yang berjudul : ***"Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anak Usia Sekolah Dengan Retardasi Mental di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang Tahun 2024"***

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 14 Mei 2025



(Muhammad Khairul Hamzah)

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	ii
Halaman Pengesahan.....	iv
ABSTRAK.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
PENYATAAN PERSETUJUAN.....	vii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Masalah	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II.....	9
TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Konsep Retardasi Mental	9
1. Pengertian Retardasi Mental.....	9
Retardasi mental adalah kondisi di mana seseorang mengalami gangguan fungsi intelektual di bawah normal, dengan IQ di bawah 70, serta kesulitan dalam perilaku adaptif sosial. Akibatnya, individu dengan kondisi ini memerlukan pengawasan, perawatan, dan kontrol dari orang lain untuk menjalani kehidupan sehari-hari (Ayu, 2019).	10
2. Klasifikasi Retardasi Mental	10
Individu dengan tingkat kecerdasan (IQ) di bawah 30 memiliki keterbatasan yang sangat signifikan dalam mengurus diri sendiri, berkomunikasi, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan. Mereka hampir tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan memerlukan bantuan serta pengawasan penuh dalam segala aspek kehidupan.	11
3. Etiologi Retardasi Mental.....	11
4. Patofisiologi	12
5. WOC.....	14

6. Penatalaksanaan	15
7. Penanganan Retardasi Mental	17
8. Manifestasi Klinis	17
Anak dengan keterbelakangan mental menunjukkan keterbatasan dalam fungsi intelektual yang berada di bawah rata-rata, yang berdampak pada keterampilan adaptif dalam dua atau lebih aspek, seperti kognitif, bahasa, motorik, dan sosial. Oleh karena itu, mereka memerlukan bimbingan dari orang tua dalam proses pembelajaran yang disesuaikan dengan pola pikir serta batas kemampuan yang dimiliki agar dapat berkembang secara optimal (Susy & Yunianti, 2016).	
9. Komplikasi Retardasi Mental	18
10. Ciri – ciri Retardasi Mental	18
Perilaku sosial mencakup aktivitas dalam suatu hubungan, termasuk proses berpikir, emosi, dan pengambilan keputusan. Anak dengan retardasi mental sering mengalami kesulitan dalam memahami norma-norma yang berlaku di lingkungan sekitarnya. Karena perilaku mereka tidak sesuai dengan tingkat usia sebayanya, anak tunagrahita sering dianggap berbeda atau asing oleh masyarakat (Muhith, 2015).	
B. Konsep Anak Usia Sekolah.....	19
1. Pengertian Anak Usia Sekolah.....	19
2. Perlembangan Anak Usia Sekolah	19
3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Usia Sekolah	25
C. Konsep Keluarga.....	26
1. Definisi Keluarga.....	26
2. Fungsi Keluarga.....	27
3. Tipe Keluarga	29
1. Tipe Keluarga Secara Tradisional	29
2. Tipe Keluarga Secara Modern	29
4. Ciri-ciri Keluarga.....	30
5. Tahap Perkembangan Keluarga.....	30
6. Tingkat kemandirian Keluarga	33
7. Tujuan Keperawatan Keluarga	34
8. Sasaran Pelayanan Keperawatan Keluarga	35
9. Peran Perawat Keluarga	36
D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Retardasi Mental.....	39
1. Pengkajian keperawatan keluarga	40

2. Diagnosis Keperawatan Keluarga	45
3. Menentukan Prioritas Masalah.....	46
4. Intervensi Keperawatan	48
Tujuan Evaluasi dalam Keperawatan Keluarga	66
Pendekatan SOAP dalam Evaluasi	66
BAB III	67
METODE PENELITIAN	67
A. Desain Penelitian	67
B. Tempat dan Waktu Penelitian	67
C. Populasi dan Sampel	67
D. Instrumen Pengumpulan Data	69
E. Metode Pengumpulan Data	69
F. Jenis-Jenis Data	70
G. Analisa Data	70
BAB IV	72
DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS	72
A. Deskripsi kasus	72
1. Pengkajian Keperawatan	72
2. Diagnosis Keperawatan	76
3. Intervensi keperawatan	76
4. Implementasi Keperawatan.....	78
5. Evaluasi Keperawatan	80
B. Pembahasan Kasus.....	82
1. Pengkajian Keperawatan	82
2. Diagnosis Keperawatan	84
3. Intervensi Keperawatan	85
4. Implementasi Keperawatan	87
5. Evaluasi Keperawatan.....	89
BAB V	91
PENUTUP	91
A. Kesimpulan	91
B. Saran	92

DAFTAR PUSTAKA.....	95
LAMPIRAN	100

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Skala Prioritas	47
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Keluarga Pada Anak Retardasi Mental	49

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Gant Chart Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2 : Hasil Pengkajian Status Mental
- Lampiran 3 : Hasil Pengkajian Keperawatan Keluarga
- Lampiran 4 : Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 1
- Lampiran 5 : Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 2
- Lampiran 6 : Surat izin Penelitian dari Dinas Satu Pintu ke Puskesmas Nanggalo
- Lampiran 7 : Surat Izin penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang ke Dinas Satu Pintu
- Lampiran 8 : Informed Consent
- Lampiran 9 : Surat Selesai Penelitian dari Puskesmas Nanggalo

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Retardasi mental (RM) merupakan istilah umum untuk kelainan seumur hidup yang relatif umum dan merupakan gejala umum disfungsi neurologis. Karena kelainan pada struktur atau fungsi otak, individu dengan Retardasi Mental mengalami kekurangan dalam proses perilaku adaptif seperti keterampilan hidup sehari-hari, keterampilan sosial, bahasa, dan komunikasi. Retardasi Mental mempengaruhi 2% –3% populasi (EggersK. et al.,2018) dan diakibatkan oleh lingkungan heterogen yang abnormal dan kelainan genetik, yang merupakan salah satu tantangan tersulit yang dihadapi oleh para dokter dan ahli genetika (EggersK. et al.,2018). Retardasi Mental didefinisikan sebagai gangguan fungsi kognitif dan adaptif yang parah. Retardasi mental sering diartikan sebagai suatu kondisi keterbelakangan mental atau disebut juga hambatan intelektual. Retardasi mental adalah berakhirnya proses berkembangnya mental. Kondisi ini disebabkan karena adanya hambatan selama proses tersebut, sehingga berpengaruh pada kemampuan bahasa, motorik dan kognitif serta sosial pada kecerdasan intelektual (Yunita, 2019).

World Health Organization (2022) memperkirakan bahwa Diperkirakan sekitar 1-3% dari total populasi dunia mengalami gangguan intelektual. atau Lebih dari 450 juta anak di dunia mengalami gangguan mental atau tunagrahita. Retardasi mental sendiri berkontribusi sebesar 12% terhadap beban penyakit global.. Retardasi mental juga banyak terjadi di berbagai negara, di antaranya Amerika Serikat 3%, Belanda 2,6%, Inggris 6,4% dan Asia 3%.

Prevalensi anak dengan retardasi mental di Indonesia diperkirakan sekitar 1-3% dari total populasi, atau sekitar 6,6 juta jiwa. Dari jumlah tersebut, 2,8% mengalami retardasi mental berat, 2,6% mengalami retardasi mental sedang,

3,5% mengalami retardasi mental ringan, dan 2,5% lainnya dikategorikan sebagai sangat rendah tingkat kecerdasannya (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan data dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat (2022), terdapat 10.390 individu dengan gangguan mental, yang terdiri dari 5.872 orang dengan retardasi mental, 2.031 orang yang pernah mengalami gangguan psikotik, dan 2.487 orang dengan disabilitas mental ganda. Di Kota Padang sendiri, tercatat 2.084 orang dengan gangguan mental, di mana 797 orang mengalami retardasi mental ringan hingga sedang, 270 orang pernah mengalami gangguan psikotik, dan 1.017 orang mengalami disabilitas mental ganda. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan tingkat keparahan Retardasi Mental menjadi empat tingkatan berdasarkan skor Intelligence Quotient (IQ), yaitu Retardasi Mental ringan (rentang skor 50 hingga 69), Retardasi Mental sedang (rentang skor 35 hingga 49), Retardasi Mental berat (rentang skor 20 hingga 34), dan Retardasi Mental mendalam (di bawah 20) (AkçayM.B. et al.2020; KaranB. et al.2020). Di masa lalu, hanya sedikit pemikiran yang diberikan untuk memahami gejala RM, dan intervensi yang efektif juga jarang dilakukan(LiuY. et al.2021). Keterampilan berbicara bergantung pada integrasi domain kognitif, sosial, dan linguistik, dan penilaian klinis terhadap keterampilan dalam domain ini sangat penting untuk mengembangkan intervensi yang efektif (ErM.B. et al.2021).

Hak anak berkebutuhan khusus dalam mengenyam pendidikan telah diatur dalam Undang-Undang. Pasal 54 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa "Setiap anak yang memiliki disabilitas fisik maupun mental berhak memperoleh pendidikan dan pengajaran dalam lingkungan yang kondusif serta mendapatkan bantuan dan fasilitas khusus untuk menjamin kelangsungan pendidikannya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya.". "setiap anak yang cacat fisik dan atau mental berhak memperoleh perawatan, pendidikan, pelatihan, dan bantuan khusus atas biaya negara, untuk menjamin kehidupannya sesuai dengan

martabat kemanusiaan, meningkatkan diri, dan kemampuan berpartisipasi dalam kehidupan masyarakat dan bernegara". Artinya, setiap anak di muka bumi ini berhak untuk mendapatkan pendidikan yang setara. Peningkatan kesadaran akan pentingnya pendidikan inklusif dan akses pendidikan bagi semua anak telah mendorong pembangunan Sekolah Luar Biasa (SLB) di berbagai provinsi. Berdasarkan data yang dirilis oleh Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi, pada tahun 2023 terdapat 2.329 SLB yang telah didirikan di Indonesia. dengan jumlah siswa sebanyak 158.654 siswa dengan pembagian 97.043 laki-laki dan 61.611 perempuan. Provinsi Jawa Timur mendominasi daftar dengan total 417 sekolah dengan jumlah siswa sebanyak 22.063 siswa dengan pembagian 13.394 laki-laki dan 8.669 perempuan, sedangkan Sumatera Barat berada diposisi ke-4 dengan 175 sekolah dengan jumlah siswa sebanyak 7.314 siswa dengan pembagian 4.668 laki-laki dan 2.646 perempuan, dan Kota Padang dengan sekolah terbanyak yaitu 39 sekolah dengan jumlah siswa sebanyak 1.456 siswa dengan pembagian 936 laki-laki dan 520 perempuan.

Anak dengan retardasi mental mengalami keterlambatan dan keterbatasan dalam berbagai aspek perkembangan, sehingga mereka menghadapi kesulitan dalam merawat diri sendiri dan cenderung bergantung pada lingkungan sekitarnya, terutama pada orang tua dan saudara mereka (Dewi, 2017; Padila et al., 2021; Panzilion et al., 2021). Anak retardasi mental memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehingga mereka butuh metode berupa bimbingan dan pelatihan dari orang lain. Metode tersebut bisa didapat dari pendidikan formal, bisa juga dari pendidikan informal yaitu keluarga atau orang tua. Hal tersebut diharapkan dapat membantu anak mengatasi keterbatasannya sehingga anak mampu melakukan segala aktivitasnya dengan mandiri dan tidak memerlukan bantuan orang lain terutama orang tua mereka (Irfan, 2016). Retardasi mental berdampak pada banyak aspek pada anak-anak, keluarga, dan masyarakat, dan merupakan masalah kesehatan dan sosial yang

besar. Masyarakat memandangnya sebagai beban berat yang berdampak negatif terhadap produktivitas dan dikaitkan dengan berbagai tingkat pengarahan diri sendiri dan keterbatasan perawatan diri, sehingga memerlukan pengawasan, dukungan, dan perlindungan (EggersK. et al.,2018).

Dampak anak dengan retardasi mental yaitu terganggunya perkembangan keluarga dimana yang seharusnya anak sudah dapat mandiri menjadi bergantung kepada keluarganya sehingga keluarga yang bekerja atau mencari nafkah menjadi terhalang atau terganggu dan bahkan bisa menjadi berhenti dari pekerjaannya untuk merawat anak tersebut. Banyak tugas perkembangan dari sebuah keluarga menjadi tertunda bahkan terhenti di suatu titik sehingga diperlukannya dukungan dari sebuah keluarga (Syukrianti, 2018). Keluarga merupakan orang paling dekat yang diharapkan mampu memberikan dukungan sepenuh hati dan mampu mewariskan dampak positif dalam keluarga (Irfan, 2016).

Keluarga merupakan orang paling dekat yang diharapkan mampu memberikan dukungan sepenuh hati dan mampu mewariskan dampak positif dalam keluarga (Irfan, 2016). Keluarga adalah dua orang atau lebih yang bergabung karena ikatan tertentu salah satunya kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga yang berfungsi dengan baik adalah keluarga yang mendorong individu yang ada didalamnya untuk meraih potensi diri serta mengeksplorasi dan menemukan jati dirinya. Salah satu peran utama keluarga dalam bidang kesehatan adalah menjaga kesehatan anggota keluarga serta memberikan perawatan dan dukungan bagi anggota yang sakit atau tidak mampu merawat dirinya sendiri akibat disabilitas atau usia yang masih terlalu muda. Penyakit serius atau kondisi disabilitas dapat berdampak signifikan terhadap perkembangan keluarga secara keseluruhan, serta memengaruhi perkembangan individu, terutama bagi anggota keluarga yang mengalami kondisi tersebut (Friedman, 2014).

Pengetahuan keluarga tentang kesehatan mental merupakan langkah awal dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi anggotanya. Selain berperan dalam meningkatkan dan menjaga kesehatan mental keluarga, keluarga juga dapat menjadi sumber masalah bagi anggota yang mengalami ketidakstabilan mental jika kurang memahami persoalan kejiwaan. Dukungan keluarga sangat penting karena mereka adalah pihak yang paling lama berinteraksi dengan individu yang mengalami gangguan mental.

Dalam lingkungan keluarga, masalah dapat muncul, tetapi di dalam keluarga pula solusi dapat ditemukan. Beberapa tantangan yang dihadapi keluarga dengan anak retardasi mental meliputi pengorbanan waktu, kebutuhan akan perhatian lebih dalam merawat anak, serta upaya meningkatkan kecerdasan dan kemampuan adaptif yang masih terbatas. Orang tua sering merasa cemas terhadap masa depan anak mereka, khawatir tentang kemandirian dan keterampilan yang akan dimiliki anak. Selain itu, keluarga juga menghadapi tantangan finansial untuk memenuhi kebutuhan anak mereka (Guswani, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Santy & Sari (2018) menyebutkan bahwa kemandirian adalah kemampuan seseorang dalam mengurus dan merawat dirinya sendiri. Namun, hasil penelitian mereka menunjukkan bahwa anak dengan gangguan mental masih memerlukan bantuan dari orang tua, yang menyebabkan tingkat ketergantungan mereka tetap tinggi.

Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Maidartati, Hayati, & Aminah (2019) menemukan bahwa dukungan keluarga berpengaruh positif terhadap kemandirian anak dengan retardasi mental. Semakin baik dukungan yang diberikan keluarga, semakin tinggi pula tingkat kemandirian anak dalam merawat dirinya sendiri.

Perawat memiliki peran penting dalam asuhan keperawatan anak dengan retardasi mental, salah satunya dalam aspek promotif, yaitu dengan

memberikan penyuluhan kepada orang tua mengenai kondisi retardasi mental. Edukasi ini bertujuan agar orang tua dapat lebih memahami, menerima, dan beradaptasi dengan kondisi anak mereka. Dari segi preventif melalui program imunisasi, program anak sehat dan menghindari penyebab terjadinya retardasi mental (cedera dan kebutuhan nutrisi) . Dari segi kuratif perawat berperan melakukan bagaimana perawatan pada klien agar tidak terjadi komplikasi dan rujuk keluarga ke program intervensi dini untuk membantu keluarga memberikan dukungan. Sedangkan dari segi rehabilitatif dengan cara memfasilitasi anak dalam hal pembelajaran keterampilan yang benar, seperti sosial, komunikasi, kemasyarakatan dan perkembangan minat (Prabowo, 2014).

Keperawatan keluarga merupakan proses pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan. Pendekatan ini mempertimbangkan empat aspek utama, yaitu individu, keluarga, perawat, dan komunitas, dengan tujuan untuk mempromosikan, memelihara, serta meningkatkan kesehatan keluarga.

Pelayanan keperawatan keluarga bersifat holistik, menempatkan keluarga sebagai fokus utama dan melibatkan anggotanya dalam setiap tahap, mulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi tindakan keperawatan. Proses ini juga memanfaatkan berbagai sumber daya dari tenaga profesional lain, termasuk pemberi layanan kesehatan dan sektor komunitas (Siregar et al., 2020).

Sebagai tenaga kesehatan, perawat memiliki pengaruh besar dalam sistem layanan kesehatan. Seiring dengan perkembangan profesi, jumlah dan kualitas perawat terus meningkat, termasuk dalam bidang keperawatan keluarga. Keperawatan keluarga tidak hanya ditujukan bagi anggota keluarga yang sakit tetapi juga bagi mereka yang sehat, guna mencegah masalah kesehatan dan

meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan (Kaakinen et al., 2018).

Survei awal yang dilakukan pada 30 Desember 2023, peneliti melakukan wawancara dengan petugas poli KIA Puskesmas Nanggalo didapatkan bahwa di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo terdapat 2 buah SLB, yaitu SLB Muhammadiyah Nanggalo dan SLB Kasih Ummi. 2 SLB tersebut dilakukan program UKS 2 kali dalam setahun yang bekerja sama dengan tenaga gizi dan sanitasi lingkungan dari tim Puskesmas Nanggalo. Pada program tersebut perawat mengajarkan anak-anak perilaku Kesehatan dasar seperti mencuci tangan, menggosok gigi, buang sampah pada tempatnya, dan lain-lain. Pihak puskesmas juga melakukan program BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah) ke sekolah-sekolah yang ada di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo termasuk SLB Kasih Ummi. Puskesmas Nanggalo juga melakukan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang diluncurkan Kementerian Kesehatan guna untuk mencegah kasus Retardasi Mental, skrining ini dilakukan dengan cara mengambil sampel darah bayi berusia 48-72 jam dengan tujuan untuk melihat kadar hormon tiroid.

Survei juga dilakukan di lingkungan rumah Tn. S yang memiliki anak An.F dengan retardasi mental. Rumah Tn.S berada di sebuah gang dengan rumah berdempetan dengan rumah tetangga. Ny.S mengatakan An.F lahir dengan dibantu dengan sebuah alat vakum di sebuah klinik. Ny.S baru menyadari anaknya mengalami gangguan atau keterlambatan dalam belajar ketika An.F masuk taman kanak-kanak. Sejak saat itu Ny.S membawa anaknya ke rumah sakit untuk dilakukan terapi. An.F pernah disekolahkan ke sekolah konvensional tetapi tidak bertahan lama karena sering dibully oleh teman sebayanya. Ny.S lalu menyekolahkan anaknya ke SLB. An.F sudah bisa menulis dan berhitung. Ny.S mengatakan iq anaknya adalah 52 (retardasi mental ringan). An.F biasa main Bersama teman sebayanya di sekitar rumah didampingi oleh adiknya yaitu An.A. Tetangga Ny.S yaitu Ny.M mengatakan

An.F jika tidak Bersama teman maupun adiknya terlihat sering diam berdiri di depan rumahnya sambil sesekali tersenyum. Ny.M juga mengatakan An.F lumayan lama merespon perkataan yang diucapkannya seperti menanyakan sedang apa dan ketika menyuruh An.F pulang ke rumahnya. Ny.M mengatakan sudah terbiasa dengan tingkah laku An.F. Di lingkungan sekitar tidak ada yang membully An.F.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas penulis tertarik melakukan penelitian kasus retardasi mental pada keluarga dalam judul “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anak Usia Sekolah dengan Retardasi Mental di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan oleh penulis di atas, maka rumusan masalah Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anak Usia Sekolah dengan Retardasi Mental di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024”

C. Tujuan Masalah

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dengan retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada keluarga dengan anak usia sekolah dengan retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024.
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dengan retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024.

- c. Mendeskripsikan rencana keperawatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dengan retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024.
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dengan retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dengan retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024.
- f. Mendeskripsikan dokumentasi keperawatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dengan retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo tahun 2024.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Puskesmas

Dapat digunakan sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada keluarga dengan anak usia sekolah dengan retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo.

2. Bagi Peneliti

Menjadi pengalaman yang berharga pada peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga dapat mengaplikasikan ilmu yang didapat pada bangku kuliah.

3. Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dan pembelajaran di Prodi Keperawatan Padang untuk mengembangkan

ilmu dalam penerapan Asuhan Keperawatan pada keluarga dengan anak retardasi mental .

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian yang diperoleh ini dapat menjadi data dasar pada penelitian selanjutnya tentang asuhan keperawatan pada keluarga dengan anak retardasi mental

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Retardasi Mental

1. Pengertian Retardasi Mental

Dalam *Buku Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi*, dijelaskan bahwa retardasi mental merupakan keterbelakangan mental yang terjadi sejak masa perkembangan, baik sejak lahir maupun saat masih kecil. Kondisi ini bukanlah penyakit, meskipun dapat disebabkan oleh proses patologis pada otak. Retardasi mental juga dapat terjadi dengan atau tanpa disertai gangguan mental atau fisik lainnya (Akbar, 2014).

Retardasi mental adalah kondisi di mana perkembangan mental tidak lengkap atau mengalami keterbatasan, yang berdampak pada tingkat kecerdasan anak. Kondisi ini ditandai dengan keterbatasan dalam kemampuan berpikir selama masa perkembangan, yang memengaruhi aspek kognitif, bahasa, motorik, dan sosial anak. Dampaknya terlihat dalam berbagai aspek kehidupan, seperti komunikasi, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, keterampilan sosial, fungsi dalam masyarakat, pengarahan diri, kemampuan akademik, dan pekerjaan (Muhith, 2015).

Menurut Prabowo (2014), retardasi mental merupakan kondisi di mana kemampuan mental individu tidak mencukupi, ditandai dengan tingkat kecerdasan yang rendah, sehingga menyebabkan kesulitan dalam belajar dan beradaptasi dengan tuntutan masyarakat. Sementara itu, Ratri (2016) menjelaskan bahwa anak dengan retardasi mental termasuk dalam kategori anak berkebutuhan khusus yang mengalami keterbelakangan dalam aspek intelegensi, fisik, emosional, dan sosial. Oleh karena itu, mereka memerlukan

perlakuan khusus agar dapat berkembang secara optimal sesuai dengan kemampuan mereka.

Anak dengan retardasi mental termasuk dalam klasifikasi anak berkebutuhan khusus (ABK) yang memiliki hambatan dalam aspek mental. Hambatan ini sering kali menyebabkan kesulitan dalam mengolah informasi yang diterima, sehingga anak tunagrahita mengalami kesulitan dalam memahami dan mengikuti perintah dengan baik. Selain itu, anak dengan retardasi mental memiliki kemampuan akademis di bawah rata-rata, yang menghambat perkembangan mereka sesuai dengan tahapan usia sebayanya. Perbedaan ini membuat mereka memerlukan perhatian dan dukungan lebih dibandingkan anak-anak lain agar dapat berkembang secara optimal (Lisinus, 2020).

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), kecacatan intelektual atau gangguan perkembangan intelektual adalah kondisi yang muncul selama masa perkembangan dan ditandai dengan defisit dalam fungsi intelektual serta adaptif. Defisit ini mencakup tiga aspek utama, yaitu ranah konseptual (kemampuan berpikir dan akademik), sosial (interaksi dan komunikasi dengan orang lain), serta praktis (kemampuan dalam menjalani kehidupan sehari-hari) (Kuffer, 2013).

Retardasi mental adalah kondisi di mana seseorang mengalami gangguan fungsi intelektual di bawah normal, dengan IQ di bawah 70, serta kesulitan dalam perilaku adaptif sosial. Akibatnya, individu dengan kondisi ini memerlukan pengawasan, perawatan, dan kontrol dari orang lain untuk menjalani kehidupan sehari-hari (Ayu, 2019).

2. Klasifikasi Retardasi Mental

Menurut AAMD dalam Lisinus (2020), klasifikasi Retardasi Mental sebagai berikut :

a. Retardasi Mental Ringan

Individu dengan tingkat kecerdasan (IQ) berkisar antara 50-70 masih memiliki kemampuan untuk berkembang dalam bidang akademik, penyesuaian sosial, serta keterampilan kerja. Mereka dapat mempelajari pelajaran dasar, beradaptasi dengan lingkungan sosial, dan mampu menjalankan pekerjaan semi-terampil atau tugas sederhana dengan bimbingan dan pelatihan yang sesuai.

b. Retardasi Mental Sedang

Individu dengan tingkat kecerdasan (IQ) berkisar antara 30-50 masih dapat belajar keterampilan dasar, termasuk keterampilan akademik sederhana dan perawatan diri (*self-help*). Mereka juga mampu beradaptasi secara sosial dalam lingkungan terdekat serta dapat melakukan pekerjaan rutin, namun tetap memerlukan pengawasan dan bimbingan dalam menjalankan tugas sehari-hari.

c. Retardasi Mental Berat dan Sangat Berat

Individu dengan tingkat kecerdasan (IQ) di bawah 30 memiliki keterbatasan yang sangat signifikan dalam mengurus diri sendiri, berkomunikasi, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan. Mereka hampir tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan memerlukan bantuan serta pengawasan penuh dalam segala aspek kehidupan.

3. Etiologi Retardasi Mental

Terjadinya retardasi mental dapat disebabkan oleh beberapa faktor sebagai berikut dalam (Muhith, 2015).

- a) Karena infeksi dan atau keracunan. Kelompok ini termasuk retardasi mental akibat kerusakan jaringan otak akibat infeksi intrakranial, serum, dan obat-obatan beracun lainnya.

- b) Karena tidak disengaja dan / atau alasan fisik lainnya. Gangguan sebelum lahir dan trauma lain seperti sinar-X, kontrasepsi, dan upaya aborsi dapat menyebabkan keterbelakangan mental.
- c) Akibat gangguan metabolisme, pertumbuhan atau nutrisi. Semua retardasi mental yang secara langsung disebabkan oleh gangguan metabolisme (misalnya metabolisme lemak, karbohidrat, dan protein), pertumbuhan atau nutrisi termasuk dalam kelompok ini.
- d) Karena penyakit otak (pascapartum). Dalam kelompok ini, termasuk keterbelakangan mental karena tumor (tidak termasuk pertumbuhan sekunder karena tidak disengaja atau peradangan) dan beberapa reaksi sel otak yang jelas, tetapi penyebabnya tidak jelas (dicurigai turunketurun).
- e) Akibat kelainan kromosom. Kelainan kromosom mungkin terdapat dalam jumlah atau dalam bentuknya.

Menurut Sudiharto (2014), menyebutkan bahwa penyebab dari retardasi mental dapat dibagi dalam fase pranatal, perinatal dan postnatal. Penyebab fase pranatal meliputi kelainan kromosom, Kelainan genetik /herediter dan gangguan metabolic, fase perinatal meliputi prematuritas, asfiksia, hipoglikemia dan pada fase postnatal meliputi Infeksi (meningitis, ensefalitis), trauma dan kejang lama.

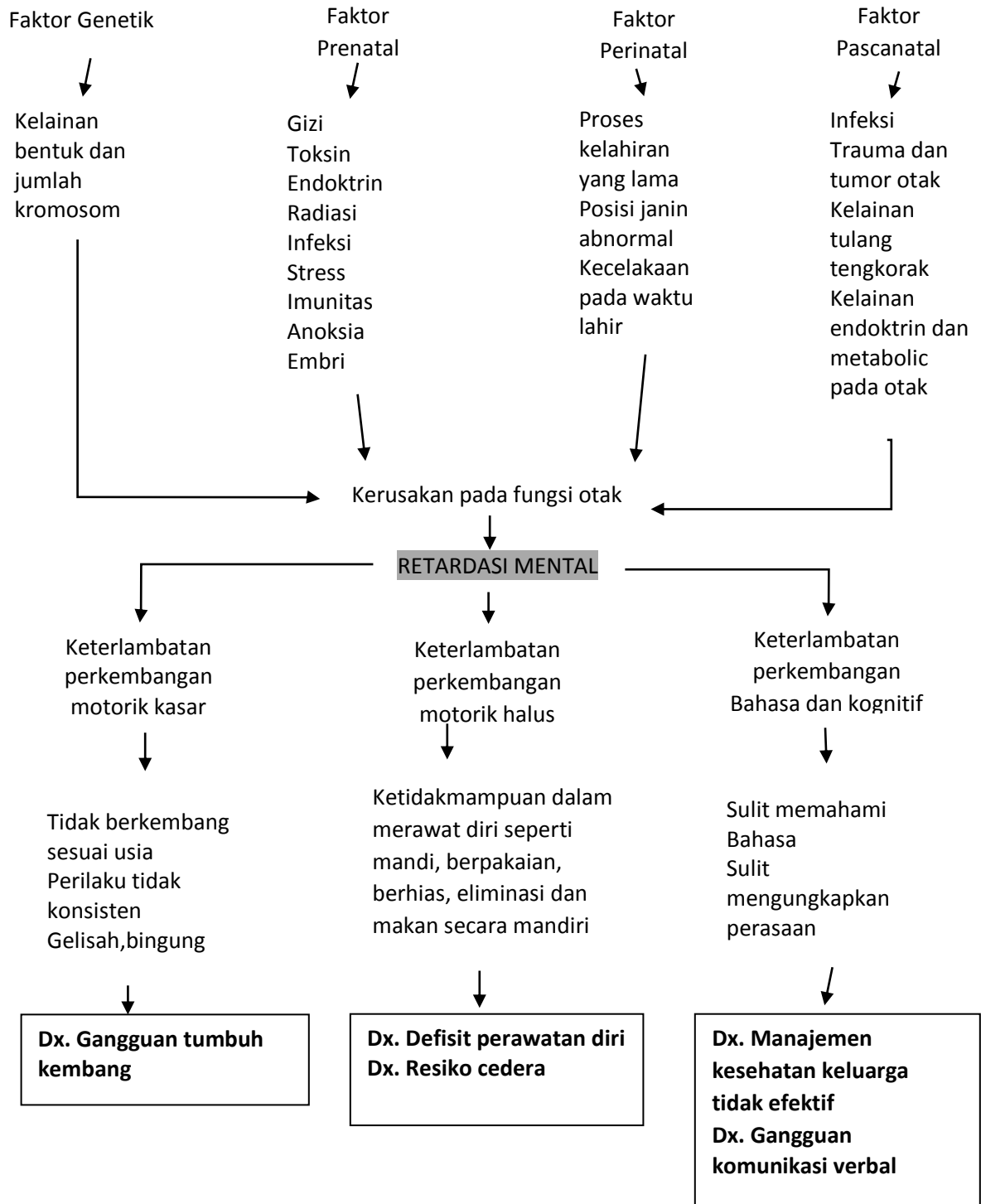
4. Patofisiologi

Penyebab retardasi mental dari banyak kasus, masih tetap tidak diketahui. Kesalahan pranatal pada perkembangan sistem saraf pusat dapat berperan terjadinya disabilitas intelektual. Selain itu, karena kekerasan atau kerusakan terhadap otak selama periode pranatal, perinatal, atau postnatal juga bisa menyebabkan disabilitas ini. Paparan terhadap alkohol atau obat lain saat pranatal dapat juga berdampak pada perkembangan kognitif. Masalah motorik, seperti hipotonia, hepirtonia, tremor, ataksia atau kekakuan atau masalah motorik visual dapat terjadi bersamaan dengan disabilitas

intelektual. Selain itu, fungsi pada tingkat yang lebih tinggi dapat dicegah ketika disabilitas belajar atau gangguan proses sensorik juga ada (Kyle,2014).

5. WOC

WOC RETARDASI MENTAL



(Muhith,2015,Sudiharto,2014,Kyle,2014,SDKI,2017)

6. Penatalaksanaan

Menurut Maramis dalam Prabowo (2014), penatalaksanaan dan pencegahan retardasi mental adalah :

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Psikostimulan untuk anak yang menunjukkan gangguan konsentrasi atau hiperaktif.
- 2) Obat psikotropika (untuk anak dengan perilaku yang membahayakan diri)
- 3) Anti depresan

b. Pencegahan

1) Pencegahan primer

Dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan pada masyarakat, perbaikan keadaan sosioekonomi, konseling genetic dan tindakan kedokteran (umpamanya perawatan prenatal yang baik, pertolongan persalinan yang baik, kehamilan pada wanita adolesen dan diatas 40 tahun dikurangi dan pencegahan peradangan otak pada anak-anak. Tiap usaha mempunyai cara sendiri untuk berbagai aspeknya).

2) Pencegahan sekunder

Meliputi diagnose dan pengobatan dini peradangan otak, peradangan subdural, kraniosinosis sutura tengkorak menutup terlalu cepat, dapat di buka dengan kraniotomi, pada mikrosefali yang congenital, operasi tidak menolong.

3) Pencegahan tersier

Merupakan pendidikan penderita atau latihan khusus, sebaiknya disekolah luar biasa (SLB) dapat diberi neroleptika kepada yang gelisah hiperaktif atau destruktif. Amfetamine dan kadang-kadang juga

anti histamine berguna juga pada hiperkinesia berbiturat kadang-kadang dapat menimbulkan efek paradoksal dengan menambah kegelisahan dan ketegangan dapat dicoba juga dengan obat-obatan yang memperbaiki mikrosirkulasi di otak (membuat masuknya zat asam dan makanan dari darah ke sel otak lebih mudah) atau yang langsung memperbaiki metabolisme sel-sel otak, akan tetap hasilnya, kalau ada tidak segera dapat dilihat (Prabowo, 2014).

d. Konseling

Kepada orang tua dilakukan secara fleksibel dan pragmatis dengan tujuan antara lain membantu mereka dalam mengatasi frustrasi oleh karena mempunyai anak dengan retardasi mental. orang tua sering menghendaki anak diberi obat, oleh karena itu dapat diberi penerangan bahwa sampai sekarang belum ada obat yang dapat membuat anak menjadi pandai, hanya ada obat yang dapat membantu pertukaran zat (metabolisme) sel-sel otak.

e. Latihan dan pendidikan

- 1) Mempergunakan dan mengembangkan sebaik-baiknya kapasitas yang ada.
- 2) Memperbaiki sifat-sifat yang salah atau yang anti sosial.
- 3) Mengajarkan suatu keahlian (skill) agar anak itu dapat mencari nafkah kelak.

f. Latihan diberikan secara kronologis

- 1) Latihan rumah : pelajaran-pelajaran mengenai makan sendiri, berpakaian sendiri, kebersihan badan.
- 2) Latihan sekolah : yang penting dalam hal ini ialah perkembangan sosial.
- 3) Latihan teknis : diberikan sesuai dengan minat, jenis kelamin, dan kedudukan sosial.

- 4) Latihan moral : dari kecil anak harus diberitahukan apa yang baik dan apa yang tidak baik. Agar anak mengerti, maka tiap-tiap pelanggaran disiplin perlu disertai dengan hukuman dan tiap perbuatan yang baik perlu disertai hadiah(Muhith,2015).

7. Penanganan Retardasi Mental

- a. Membantu anak agar dapat melewati setiap masa transisi perkembangan dengan baik.
- b. Membantu anak dalam mengatasi hambatan belajar dan hambatan perkembangan atau permasalahan-permasalahan yang dihadapinya melalui pemenuhan kebutuhan khususnya.
- c. Membantu menyiapkan perkembangan mental anak-anak untuk masuk ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.
- d. Membantu anak dalam mencapai taraf kemandirian dan kebahagiaan hidup (Lisinus, 2020).

8. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis retardasi mental yang dijelaskan dalam *Sari Pediatri* mencakup berbagai aspek perkembangan. Gejala yang sering muncul meliputi keterlambatan dalam perkembangan bahasa, gangguan motorik halus, serta gangguan dalam penyesuaian sosial, seperti gangguan obsesif-kompulsif dan kesulitan dalam kemampuan bermain. Selain itu, retardasi mental juga dapat ditandai dengan keterlambatan perkembangan motorik secara keseluruhan serta gangguan perilaku, seperti agresi, perilaku menyakiti diri sendiri, penyimpangan perilaku, kurangnya perhatian, hiperaktivitas, kecemasan, depresi, dan gangguan tidur (Sularyo & Kadim, 2016).

Anak dengan keterbelakangan mental menunjukkan keterbatasan dalam fungsi intelektual yang berada di bawah rata-rata, yang berdampak pada keterampilan adaptif dalam dua atau lebih aspek, seperti kognitif, bahasa, motorik, dan sosial. Oleh karena itu, mereka memerlukan bimbingan dari orang tua dalam proses pembelajaran yang disesuaikan dengan pola pikir serta batas kemampuan yang dimiliki agar dapat berkembang secara optimal (Susy & Yunianti, 2016).

9. Komplikasi Retardasi Mental

Jika tidak ditangani, retardasi mental dapat mengganggu aktivitas sehari-hari penderita. Hal ini dapat memengaruhi kualitas hidupnya dan menimbulkan beberapa komplikasi berikut:

- a) Gangguan kecemasan
- b) Frustasi
- c) Depresi
- d) Perilaku yang tidak kooperatif, seperti mudah marah, suka menantang, atau menyakiti diri sendiri
- e) Perilaku mengulang gerakan, suara, atau kata-kata (Kishore, 2019).

10. Ciri – ciri Retardasi Mental

a. Psikis

Anak dengan retardasi mental sering menunjukkan berbagai tantangan dalam status mentalnya, seperti kesulitan berkonsentrasi, mudah lupa, serta kesulitan dalam berinovasi. Mereka juga memiliki rentang perhatian yang pendek, mudah bosan, cepat mengantuk, dan kurang tertarik pada pembelajaran jangka panjang. Selain itu, mereka cenderung mudah tersinggung jika mengalami kegagalan, kurang kooperatif, menarik diri, merasa malu, serta enggan berkomunikasi dengan orang lain.

b. Sosial

Perilaku sosial mencakup aktivitas dalam suatu hubungan, termasuk proses berpikir, emosi, dan pengambilan keputusan. Anak dengan retardasi mental sering mengalami kesulitan dalam memahami norma-norma yang berlaku di lingkungan sekitarnya. Karena perilaku mereka tidak sesuai dengan tingkat usia sebayanya, anak tunagrahita sering dianggap berbeda atau asing oleh masyarakat (Muhith, 2015).

B. Konsep Anak Usia Sekolah

1. Pengertian Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah, yaitu mereka yang berusia 6-12 tahun, umumnya memiliki fisik yang lebih kuat, bersifat lebih mandiri, aktif, dan tidak lagi bergantung sepenuhnya pada orang tua. Masa ini merupakan periode penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, di mana terjadi berbagai perubahan yang berperan dalam pembentukan karakter dan kepribadian mereka. Pada tahap ini, anak mulai belajar bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan teman sebaya, orang tua, dan lingkungan sekitar. Selain itu, usia sekolah juga menjadi fase penting dalam memperoleh dasar-dasar pengetahuan yang akan menentukan keberhasilan mereka dalam menyesuaikan diri dengan kehidupan dewasa serta mengembangkan keterampilan tertentu (Bruce, 2015).

2. Perkembangan Anak Usia Sekolah

a) Aspek Motorik

Keterampilan motorik anak usia sekolah mencakup berbagai aktivitas fisik yang melibatkan koordinasi dan keseimbangan. Beberapa keterampilan yang berkembang pada tahap ini antara lain bermain lempar tangkap, melakukan *jumping jack*, berdiri setelah melompat, serta permainan *rough and tumble* seperti berguling, menendang, bergumul, bergulat, dan berkejar-kejaran yang sering disertai dengan tawa dan jeritan kegembiraan (Elizabeth, 2014).

Selain itu, anak usia sekolah juga mulai menguasai keterampilan seperti bersepeda, memainkan alat musik, menggambar atau melukis, serta berbagai keterampilan lain yang mendukung aktivitas kelompok dan kehidupan sehari-hari (Elizabeth, 2015).

Pada masa anak-anak, perkembangan imajinasi sangat tinggi, sehingga sering kali mempengaruhi kehidupan mereka secara signifikan. Menurut Mosby (2014), kekuatan imajinasi ini dapat menimbulkan berbagai kesenangan dan kegembiraan pada anak, di antaranya:

- 1) Menyukai dongeng dan cerita fantasi.
- 2) Cenderung berdusta semu, bukan karena sengaja berbohong, tetapi karena cerita yang mereka sampaikan dipengaruhi oleh fantasi mereka.
- 3) Suka mencorat-coret atau menggambar sebagai cara untuk mewujudkan imajinasi mereka dalam bentuk visual.
- 4) Menyukai berbagai jenis permainan yang memungkinkan mereka mengeksplorasi dunia khayalan mereka.

Aspek motorik yang dapat dilakukan anak sekolah meliputi kemampuan kelancaran dan kecepatan dalam mengendalikan motorik halus, selalu aktif melompat, mengejar dan melarikan diri (Jankowski, 2016).

Keterampilan lain pada usia sekolah menurut Elizabeth (2015) dikategorikan menjadi empat kategori:

1. keterampilan menolong diri sendiri misalnya makan, minum, mandi, berpakaian, sudah mahir seperti orang dewasa

2. keterampilan menolong orang lain misalnya menyapu, mengepel, membersihkan tempat tidur, membersihkan papan tulis di sekolah
3. keterampilan sekolah misalnya menulis, melukis, menggambar, olah raga, main musik, dan kegiatan lain di sekolah dasar
4. keterampilan bermain, yang dapat dilakukan di lapangan, di dalam ruangan, kolam renang, taman rekreasi di pantai dan sebagainya.

Anak usia sekolah sudah lebih mampu mengendalikan tubuhnya untuk duduk dan mendengarkan pelajaran dari masa sebelumnya akan tetapi anak lebih senang melakukan berbagai kegiatan fisik sehingga guru perlu memberikan kesempatan siswa untuk melakukan kegiatan fisik sehingga dapat menggerakkan semua bagian-bagian tubuhnya(Elizabeth,2015).

Anak dengan retardasi mental memiliki masalah motorik, seperti hipotonia, hepirtonia, tremor, ataksia atau kekikukan atau masalah motorik visual dapat terjadi bersamaan dengan disabilitas intelektual. Selain itu, fungsi pada tingkat yang lebih tinggi dapat dicegah ketika disabilitas belajar atau gangguan proses sensorik juga ada (Kyle,2014).

b) Aspek Intelegensi

Intelegensia merupakan kemampuan seseorang dalam menghubungkan berbagai bagian pengetahuan sehingga kecerdasan atau keterampilannya dapat diukur (Jankowski, 2016). Menurut C.P. Chaplin dalam Yusuf (2010), intelegensi didefinisikan sebagai kemampuan individu dalam menghadapi serta menyesuaikan diri dengan situasi baru secara cepat dan efektif. Intelegensi memungkinkan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungannya, yang pada akhirnya meningkatkan peluang bertahan hidup. Melalui

perilakunya, individu dapat membentuk serta mempertahankan keseimbangan dengan lingkungan sekitarnya (Elizabeth, 2014).

Pada masa sekolah, anak mulai meninggalkan sifat egosentris dan tidak lagi menganggap dirinya sebagai pusat segalanya. Minat mereka lebih tertuju pada benda-benda bergerak dan berbagai aspek lingkungan di sekitarnya.

Menurut Friedman (2014), perkembangan akal anak melewati tiga tahapan utama:

- 1) ****Tahap pengenalan secara langsung****, di mana anak mulai membentuk pemahaman sederhana tentang realitas alam, sosial, dan moral melalui pengalaman langsung.
- 2) ****Tingkat berpikir konkret****, di mana anak dapat memahami dan mengolah informasi yang bersifat konkret serta dapat menghubungkan konsep-konsep yang nyata.
- 3) ****Tingkat berpikir abstrak****, yaitu tahap di mana pemikiran anak berkembang lebih kompleks dengan adanya perpaduan antara akal pikiran dan akal budi. Akal pikiran berfungsi untuk memahami, menganalisis, dan menafsirkan informasi yang diterima, sementara akal budi berperan dalam memancarkan daya kecerdasan atau intelegensi.

Menurut Hockenberry, M.J & Wilson, D. (2019), tahap-tahap ini berperan penting dalam membentuk pola pikir anak dan mempersiapkan mereka dalam menghadapi tantangan intelektual yang lebih kompleks., jenis-jenis kecerdasan antara lain :

1. Kecerdasan *linguistic-verbal* adalah kemampuan untuk menggunakan kata-kata atau bahasa secara efektif, baik lisan maupun tulisan.
2. Kecerdasan logis matematis adalah kemampuan seseorang dalam memecahkan masalah.
3. Kecerdasan visual-spasial adalah kemampuan untuk melihat dan mengamati dunia visual dan spasial secara akurat.
4. Kecerdasan musik adalah kemampuan untuk menikmati, membedakan, menciptakan, membentuk dan mengekspresikan bentuk-bentuk musik.
5. Kecerdasan interpersonal adalah kemampuan untuk mengamati dan mengerti maksud, motivasi dan perasaan orang lain.
6. Kecerdasan intrapersonal adalah kemampuan yang berhubungan dengan kesadaran dan pengetahuan tentang diri sendiri.
7. Kecerdasan kinestetik adalah kemampuan dalam menggunakan tubuh kita secara terampil untuk mengungkapkan ide, pemikiran dan perasaan.
8. Kecerdasan naturalis adalah kemampuan untuk mengenali, membedakan, mengungkapkan dan membuat kategori terhadap apa yang kita jumpai di alam maupun lingkungan.
9. Kecerdasan eksistensial adalah kemampuan seseorang dalam religiositas, spiritualitas dan filsafat.

Pada usia sekolah, anak sudah mampu mengenal guru dan teman-teman barunya. Perbedaan mendasar dalam tahap ini terletak pada tugas belajarnya, di mana anak mulai menghadapi tanggung jawab akademik yang lebih terstruktur. Menurut Mosby, Hubel & Campbell

(2014), pendampingan orang tua berperan penting dalam membantu anak mengembangkan keterampilan dasar seperti membaca, menulis, dan berhitung. Selain itu, orang tua juga berperan dalam membentuk kebiasaan belajar yang baik agar anak dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan sekolah dan mencapai perkembangan akademik yang optimal.

Menurut Voughn (2000) dalam Budiarti dan Dewi (2017), anak dengan retardasi mental memiliki keterbatasan dalam fungsi intelektual yang berdampak pada proses pembelajaran mereka. Keterbatasan ini menyebabkan keterlambatan dalam memahami materi, terutama dalam tugas-tugas yang kompleks dan abstrak.

Beberapa aspek kemampuan adaptif yang berkontribusi terhadap kesulitan belajar anak dengan retardasi mental meliputi:

- **Kemampuan menolong diri sendiri**
- **Keterampilan gerak**
- **Kemampuan komunikasi**
- **Keterampilan sosial**
- **Fungsi kognitif**
- **Pemeliharaan kesehatan**
- **Keterampilan domestik**
- **Keterampilan vokasional**
- **Orientasi lingkungan**

Hambatan dalam aspek-aspek tersebut dapat mempengaruhi kemampuan anak dalam mengikuti proses belajar mengajar di kelas. Kesulitan ini berdampak pada keterlambatan perkembangan akademik dan sosial anak.

Belajar sendiri merupakan proses perubahan perilaku yang bersifat permanen, tahan lama, dan menetap. Proses ini tidak terjadi secara instan, tetapi melalui interaksi yang berkelanjutan dengan lingkungan sekitar. Oleh karena itu, dukungan dan strategi pembelajaran yang sesuai sangat diperlukan untuk membantu anak dengan retardasi mental dalam mencapai perkembangan optimal.

Anak dengan retardasi mental memerlukan pelatihan dan bimbingan untuk dapat menjalani aktivitas secara mandiri. Bimbingan ini tidak hanya diperoleh dari pendidikan formal, tetapi juga melalui pendidikan informal yang diberikan oleh keluarga.

Keluarga memiliki peran penting dalam perkembangan anak karena merupakan lingkungan terdekat yang memberikan dukungan emosional dan sosial. Sebagai unit terkecil dalam masyarakat, keluarga berfungsi sebagai tempat utama dalam memberikan perhatian, kasih sayang, dan pendampingan yang dibutuhkan anak untuk berkembang. Dengan keterlibatan aktif keluarga, anak dengan retardasi mental dapat lebih mudah beradaptasi dan meningkatkan keterampilan hidupnya secara bertahap (Yunita, 2018).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Usia Sekolah

Proses perkembangan pada anak dapat terjadi secara cepat maupun lambat tergantung dari individu atau lingkungannya. Proses tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor perkembangan anak (Bruce, 2015), yaitu:

a. Faktor Herediter

Faktor herediter merujuk pada pewarisan atau pemindahan karakteristik biologis dari orang tua kepada anak, atau karakteristik biologis yang sudah ada sejak lahir meskipun tidak selalu diwariskan langsung dari kedua orang tua. Dengan kata lain, sifat atau ciri-ciri

tertentu yang dimiliki seorang anak dapat berasal dari faktor keturunan (Bruce, 2015).

b. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan memiliki peran penting dalam perkembangan anak dan dapat dibagi menjadi faktor prenatal dan postnatal. Faktor lingkungan postnatal mencakup berbagai aspek, seperti:

1. **Lingkungan Biologis** – meliputi ras/suku bangsa, jenis kelamin, umur, status gizi, perawatan kesehatan, kepekaan terhadap penyakit, penyakit kronis, fungsi metabolisme, dan hormon.
2. **Lingkungan Fisik** – mencakup cuaca, musim, kondisi geografis, sanitasi, keadaan rumah, dan paparan radiasi.
3. **Lingkungan Psikososial** – termasuk stimulasi, motivasi belajar, sistem penghargaan dan hukuman, pengaruh teman sebaya, tingkat stres, serta lingkungan sekolah.
4. **Lingkungan Keluarga** – berperan dalam membentuk pola asuh, kasih sayang, dan dukungan bagi anak.

Anak dengan retardasi mental sering kali tumbuh dalam lingkungan yang kurang mendukung, seperti kondisi ekonomi keluarga yang buruk, kurangnya kasih sayang dari orang tua, dan diskriminasi dari masyarakat, yang dapat semakin memperburuk kondisi mereka (Prabowo, 2014).

C. Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga memiliki peran penting dalam kehidupan individu dan masyarakat. Sebagai unit terkecil dalam sistem sosial, keluarga tidak hanya berfungsi sebagai tempat berkembangnya individu, tetapi juga sebagai entry point dalam mencapai kesehatan masyarakat yang optimal.

Menurut beberapa ahli:

- **Husnaniyah (2022)** mendefinisikan keluarga sebagai sistem sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ikatan perkawinan sah atau pertalian darah, tinggal dalam satu rumah tangga, serta berinteraksi dan menjalankan perannya masing-masing.
- **Stuart (2014)** menjelaskan bahwa keluarga memiliki makna kekerabatan, di mana individu bersatu melalui perkawinan dan memiliki hubungan

timbal balik dalam menjalankan kewajiban serta memberikan dukungan, baik melalui kelahiran, adopsi, maupun perkawinan.

- **Kaakinen, Steele, Coehlo, & Robinson (2018)** menekankan bahwa keluarga berperan sebagai entry point dalam upaya mencapai kesehatan masyarakat secara optimal, di mana kesehatan keluarga akan berpengaruh pada kesehatan seluruh anggota keluarga maupun masyarakat secara luas.

Dengan demikian, keluarga memiliki tanggung jawab besar dalam membentuk kesejahteraan, mendukung perkembangan anak, termasuk anak dengan retardasi mental, serta menciptakan lingkungan yang kondusif bagi tumbuh kembang mereka.

2. Fungsi Keluarga

Berikut adalah ringkasan mengenai fungsi keluarga menurut Friedman (2014) serta perannya dalam mendukung anak dengan retardasi mental:

Fungsi Keluarga

1. Fungsi Afektif

- Memberikan kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial.
- Komponen utama dalam fungsi ini meliputi:
 - **Memelihara saling asuh:** Hubungan kasih sayang dan dukungan yang meningkatkan ikatan keluarga.
 - **Keseimbangan saling menghargai:** Menghormati hak dan peran masing-masing anggota keluarga.
 - **Pertalian dan identifikasi:** Anak belajar dari interaksi dengan orang tua.
 - **Keterpisahan dan kepaduan:** Menjaga identitas diri dan hubungan dalam keluarga.

2. Fungsi Sosialisasi

- Mengajarkan anak berinteraksi dengan lingkungan sosial dan menjalankan perannya dalam masyarakat.

3. **Fungsi Reproduksi**

- Meneruskan keturunan dan menjaga keberlanjutan keluarga.

4. **Fungsi Ekonomi**

- Memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga serta mengembangkan keterampilan anggota keluarga dalam meningkatkan pendapatan.

5. **Fungsi Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan**

- Menjaga kesehatan anggota keluarga agar tetap produktif.
- Tugas keluarga dalam kesehatan, khususnya dalam perawatan anak retardasi mental:
 1. **Mengenal masalah kesehatan:** Memahami penyebab, gejala, dan dampak retardasi mental.
 2. **Mengambil keputusan yang tepat:** Menentukan langkah saat terjadi komplikasi seperti gangguan kejang atau komunikasi.
 3. **Memberikan perawatan:** Membantu anak dalam aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, dan berhias.
 4. **Memodifikasi lingkungan:** Menciptakan kondisi yang aman dan nyaman untuk memotivasi anak belajar keterampilan hidup.
 5. **Memanfaatkan fasilitas kesehatan:** Menggunakan layanan kesehatan untuk mendeteksi dan mengatasi masalah tumbuh kembang anak lebih awal.

Fungsi-fungsi ini menunjukkan bahwa keluarga berperan besar dalam mendukung perkembangan anak, termasuk anak dengan retardasi mental, baik secara emosional, sosial, ekonomi, maupun kesehatan.

3. Tipe Keluarga

Tipe keluarga dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori utama: **tradisional** dan **modern**.

1. Tipe Keluarga Secara Tradisional

1. **Keluarga Inti (Nuclear Family):** Terdiri dari ayah, ibu, dan anak (baik dari keturunan atau adopsi).
2. **Keluarga Besar (Extended Family):** Keluarga inti yang tinggal bersama anggota keluarga lain seperti kakek-nenek, paman, atau bibi.

2. Tipe Keluarga Secara Modern

1. **Tradisional Nuclear:** Keluarga inti dalam satu rumah, dengan salah satu atau keduanya bekerja.
2. **Reconstituted Nuclear:** Keluarga inti hasil perkawinan kembali, termasuk anak-anak dari pernikahan sebelumnya.
3. **Middle Age/Aging Couple:** Pasangan suami-istri yang anak-anaknya sudah meninggalkan rumah.
4. **Dyadic Nuclear:** Pasangan suami-istri tanpa anak, salah satu atau keduanya bekerja.
5. **Single Parent:** Orang tua tunggal akibat perceraian atau kematian pasangan.
6. **Dual Carrier:** Pasangan suami-istri tanpa anak, keduanya memiliki karier.
7. **Commuter Married:** Pasangan yang tinggal terpisah karena pekerjaan tetapi bertemu pada waktu tertentu.
8. **Single Adult:** Individu dewasa yang memilih untuk hidup sendiri tanpa menikah.
9. **Three Generation:** Tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.
10. **Institutional:** Anak-anak atau orang dewasa yang tinggal di panti.
11. **Comunal:** Dua atau lebih pasangan monogami yang tinggal bersama dan berbagi fasilitas.
12. **Group Marriage:** Komunitas di mana tiap individu memiliki hubungan perkawinan dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak mereka.

13. **Unmarried Parent Child:** Seorang ibu yang memiliki anak tanpa pernikahan, anaknya dapat diadopsi.
14. **Cohabiting Couple:** Pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah.
15. **Gay/Lesbian Family:** Keluarga yang dibentuk oleh pasangan sesama jenis.

Klasifikasi ini menunjukkan bahwa struktur keluarga semakin beragam, menyesuaikan dengan perubahan sosial, budaya, dan ekonomi di masyarakat.

4. Ciri-ciri Keluarga

Ciri-ciri keluarga berdasarkan orientasi tradisional menurut **Husnaniyah (2022)** adalah:

1. **Ikatan Keluarga:** Keluarga terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan melalui perkawinan, darah, atau adopsi.
2. **Tempat Tinggal Bersama:** Anggota keluarga biasanya tinggal dalam satu rumah tangga atau, jika terpisah, tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai pusat kehidupan mereka.
3. **Interaksi dan Peran Sosial:** Setiap anggota keluarga memiliki peran sosial yang jelas, seperti suami-istri, ayah-ibu, anak laki-laki, dan anak perempuan, serta berkomunikasi satu sama lain sesuai dengan peran tersebut.
4. **Budaya yang Sama:** Keluarga mengadopsi budaya yang berasal dari masyarakat sekitar, dengan ciri khas tersendiri yang diwariskan dari generasi ke generasi.

Ciri-ciri ini mencerminkan bagaimana keluarga tradisional berfungsi sebagai unit sosial utama dalam masyarakat, dengan nilai-nilai yang diwariskan secara turun-temurun.

5. Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap I : Keluarga Pasangan Baru

Tahap keluarga pasangan baru disebut juga tahap pernikahan dimana pembentukan pasangan menandakan permulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai ke hubungan intim yang baru.

Tugas perkembangan pada tahap I yaitu

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan

- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, dan kelompok sosial
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak (Friedman, 2014).

b. Tahap II :Keluarga dengan Anak Baru Lahir

Tahap kedua merupakan transisi ke masa menjadi orang tua dimulai dari kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan.

Tugas perkembangan utama pada tahap ini yaitu:

- 1) Mempersiapkan menjadi orang tua
- 2) Adaptasi dengan perubahan adanya anggota keluarga, interaksi keluarga, hubungan seksual dan kegiatan keluarga.
- 3) Mempertahankan hubungan dalam rangka memuaskan pasangannya (Friedman, 2014).

c. Tahap III : Keluarga dengan Anak Prasekolah

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak pertama berusia 5 tahun.

Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga misalnya, tempat tinggal, privasi dan rasa aman
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
- 3) Beradaptasi dengan adanya anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain atau yang lebih tua juga harus dapat terpenuhi
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam ataupun diluar keluarga
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
- 7) Merencanakan kegiatan dan waktu untuk menstimulus tumbuh kembang anak (Friedman, 2014).

d. Tahap IV: Keluarga dengan Usia Sekolah

Tahap ini dimulai pada saat anak masuk sekolah usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Tugas perkembangan utama pada tahap ini yaitu:

- 1) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Memenuhi kebutuhan yang semakin meningkat, termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga (Friedman, 2014).

e. Tahap V : Keluarga dengan Anak Remaja

Ketika anak pertama berusia 13 bulan dan berakhir 6 sampai 7 tahun kemudian. Tugas perkembangan pada tahap kelima yaitu:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang tanggung jawab mengingat remaja adalah seorang dewasa muda yang mulai memiliki otonomi
- 2) Mempertahankan hubungan intim dalam keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua untuk menghindari terjadinya perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan
- 4) Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga (Friedman, 2014).

f. Tahap VI: Keluarga Melepas Anak Dewasa Muda

Permulaan fase kehidupan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir saat anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan tahap ini yaitu:

- 1) Memperluas jaringan keluarga dari keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- 3) Mempertahankan keintiman pasangan

4) Penataan kembali peran orang tua dan kegiatan rumah tangga(Friedman, 2010).

g. Tahap VII: Keluarga Usia Pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ketujuh yaitu:

- 1) Mempertahankan kesehatan individu dan pasangan usia pertengahan
- 2) Mempertahankan hubungan yang serasi dan memuaskan dengan anak-anaknya dan teman sebaya
- 3) Meningkatkan keakraban pasangan (Friedman, 2014).

h. Tahap VIII: Keluarga Usia Tua

Tahap terakhir dari siklus kehidupan dimulai saat salah satu pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini yaitu:

- 1) Mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga yang saling menyenangkan pasangannya
- 2) Adaptasi dengan perubahan yang akan terjadi seperti kehilangan pasangan, kekuatan fisik dan penghasilan keluarga
- 3) Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat
- 4) Melakukan life review masa lalu(Friedman, 2014).

6. Tingkat kemandirian Keluarga

Tingkat kemandirian keluarga menurut DEPKES RI (2006) dalam Dion (2015) dibagi menjadi empat tingkatan yaitu

a) Keluarga Mandiri Tingkat Satu (KM-I)

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas
- 2) Menerima pelayanan perawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan

b) Keluarga Mandiri Tingkat Dua (KM-II)

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas
- 2) Menerima pelayanan perawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
- 3) Tahu dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- 4) Melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan

c) Keluarga Mandiri Tingkat Tiga (KM-III)

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas
- 2) Menerima pelayanan perawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
- 3) Tahu dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- 4) Melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif
- 6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif

d) Keluarga Mandiri Tingkat Empat (KM-IV)

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas
- 2) Menerima pelayanan perawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
- 3) Tahu dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- 4) Melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif
- 6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif
- 7) Melaksanakan tindakan promotive

7. Tujuan Keperawatan Keluarga

Tujuan keperawatan keluarga dibagi menjadi dua macam, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus (Siregar, et al., 2020). Tujuan umum keperawatan keluarga adalah mengoptimalkan fungsi keluarga dan

meningkatkan kemampuan keluarga dalam menangani masalah kesehatan dan mempertahankan status kesehatan anggota keluarganya. Sedangkan tujuan khusus keperawatan keluarga adalah:

a. Keluarga mampu melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatan keluarga dalam menangani masalah kesehatan, meliputi:

- 1) Menenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Mengambil keputusan secara tepat dan cepat dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga.
- 3) Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.
- 4) Memodifikasi lingkungan rumah yang kondusif sehingga mampu mempertahankan kesehatan dan memelihara pertumbuhan dan perkembangan setiap anggota keluarganya.
- 5) Menciptakan hubungan timbal balik antara keluarga dengan berbagai sumber daya kesehatan yang tersedia untuk pemeliharaan dan perawatan kesehatan anggota keluarga.

b. Keluarga memperoleh pelayanan keperawatan sesuai kebutuhan.

c. Keluarga mampu berfungsi optimal dalam memelihara hidup sehat anggota keluarganya.

8. Sasaran Pelayanan Keperawatan Keluarga

Sasaran keperawatan keluarga menurut Siregar, et al (2020) sebagai berikut:

a. Keluarga sehat

Keluarga sehat adalah apabila anggota keluarga dalam keadaan sehat tetapi membutuhkan antisipasi terkait dengan siklus perkembangan manusia dan tahapan tumbuh kembang keluarga, di mana focus intervensi keperawatan terutama pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

b. Keluarga resiko tinggi dan rawan kesehatan

Keluarga risiko tinggi dan rawan kesehatan adalah apabila satu atau lebih anggota keluarga membutuhkan perhatian khusus. Keluarga risiko tinggi termasuk keluarga yang memiliki kebutuhan untuk beradaptasi dengan siklus perkembangan anggota keluarga dan keluarga dengan faktor risiko penurunan status kesehatan misalnya bayi BBLR, balita gizi buruk/gizi kurang, bayi/balita yang belum di imunisasi, ibu hamil dengan anemia, ibu hamil multipara atau usia lebih dari 36 tahun, lansia lebih dari 70 tahun atau dengan masalah kesehatan, dan remaja dengan penyalahgunaan narkoba.

c. Keluarga yang memerlukan tindak lanjut

Keluarga yang memerlukan tindak lanjut adalah apabila keluarga mempunyai masalah kesehatan dan memerlukan tindak lanjut pelayanan keperawatan misalnya klien pasca hospitalisasi penyakit kronik, penyakit degeneratif, tindakan pembedahan, dan penyakit terminal.

9. Peran Perawat Keluarga

Keluarga adalah unit dasar dari masyarakat. Keluarga bersifat kompleks, bervariasi, dinamis dan adaptif, oleh karena itu penting bagi semua perawat untuk memiliki pengetahuan tentang disiplin ilmu keperawatan keluarga dan berbagai cara perawat untuk dapat berinteraksi dengan keluarga. Perawat perawatan kesehatan keluarga berkembang seiring dengan spesialisasi.

Adapun peran perawat menurut Siregar, et al (2020) dalam keperawatan keluarga meliputi:

a. Edukator

Perawat dalam keluarga mengajar tentang kesehatan keluarga, penyakit, hubungan antar anggota keluarga, dan lain-lain. Contohnya mengajar orang tua cara merawat bayi baru lahir.

b. Koordinator, kolaborator, dan penghubung

Perawat keluarga mengkoordinasikan perawatan yang diterima oleh keluarga dan bekerja sama dengan keluarga untuk merencanakan perawatan. Misalnya, jika seorang anggota keluarga mengalami kecelakaan traumatis, perawat akan membantu keluarga mengakses sumber daya mulai dari rawat inap, rawat jalan, perawatan kesehatan di rumah, dan layanan social hingga rehabilitasi dan perawat dapat berfungsi sebagai penghubung di antara layanan-layanan ini.

c. Deliverer atau penyelia perawatan

Perawat keluarga memberikan atau mengawasi perawatan yang diterima keluarga. Untuk melakukan ini, perawat haruslah seorang yang ahli dalam hal pengetahuan maupun keterampilan. Misalnya, setiap hari perawat berkonsultasi dengan keluarga dan membantu merawat anak dengan alat bantu pernapasan.

d. Advokat

Perawat keluarga melindungi keluarga dan memberdayakan anggota keluarga untuk dan perawat berbicara untuk membela hak keluarga. Contoh perawat yang memberikan layanan perlindungan terhadap pendidikan khusus untuk anak dengan gangguan retardasi mental.

e. Konsultan

Perawat keluarga berfungsi sebagai konsultan bagi keluarga. Perawat berkonsultasi dengan lembaga tertentu untuk memfasilitasi perawatan yang berpusat pada keluarga dalam waktu singkat dan

mempunyai tujuan tertentu. Misalnya, seorang perawat di rumah sakit diminta untuk membantu keluarga dalam menentukan pengaturan perawatan jangka panjang yang sesuai untuk anggota keluarga yang sakit.

f. Konselor

Perawat keluarga memainkan peran terapeutik dalam membantu individu dan keluarga memecahkan masalah atau mengubah perilaku. Contoh keluarga membutuhkan bantuan perawat untuk menentukan perawatan anggota keluarga yang didiagnosis retardasi mental.

g. Case finder dan epidemiologist

Perawat keluarga terlibat dalam penemuan kasus. Misalnya seorang anggota keluarga baru-baru ini didiagnosis mengidap penyakit menular seksual. Perawat akan mencari tahu sumber penularan dan membantu anggota keluarga lain untuk mencari pengobatan. Penapisan keluarga dan rujukan anggota keluarga dapat menjadi bagian dari peran ini.

h. Environmental specialist

Perawat keluarga berkonsultasi dengan keluarga dan perawatan kesehatan lainnya untuk memodifikasi lingkungan. Misalnya, anggota keluarga dengan paraplegia akan dipulangkan dari rumah sakit maka perawat membantu keluarga untuk memodifikasi lingkungan rumah sehingga pasien dapat bergerak dengan kursi roda dan melakukan perawatan diri.

i. Clarify dan interpret

Perawat mengklarifikasi dan menginterpretasikan data kepada keluarga. Misalnya, jika anak dengan leukemia maka perawat akan mengklarifikasi dan menginterpretasikan informasi yang berkaitan

dengan diagnosis, pengobatan, dan prognosis kepada orang tua dan anggota keluarga.

j. Surrogate

Perawat keluarga dapat berperan sebagai pengganti bagi orang lain. Misalnya, perawat berperan sementara sebagai orang tua bagi seseorang yang akan melahirkan di ruang persalinan.

k. Peneliti

Perawat keluarga harus mengidentifikasi masalah dan menentukan solusi untuk menangani masalah tersebut melalui proses penyelidikan ilmiah.

l. Role model

Perawat keluarga harus menjadi teladan bagi orang lain. Seorang perawat yang ada di sekolah harus menjadi role model yang baik bagi anak dengan menunjukkan perawatan kesehatan yang baik.

m. Manajer kasus

Peran ini melibatkan koordinasi dan kolaborasi antara keluarga dan sistem perawatan kesehatan. Manajer kasus telah diberi wewenang secara resmi untuk bertanggung jawab atas sebuah kasus. Misalnya, seorang perawat keluarga yang bekerja dengan masyarakat lansia dapat ditugaskan menjadi manajer kasus untuk pasien dengan penyakit demensia.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Retardasi Mental

Asuhan keperawatan keluarga menurut Perkesmas 279 tahun 2006 merupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin yang mempunyai masalah kesehatan yang ditemukan di masyarakat

dan dilakukan di rumah keluarga. Kegiatannya antara lain: identifikasi keluarga rawan kesehatan/ keluarga miskin dengan masalah kesehatan di masyarakat, penemuan dini suspek kasus kontak serumah, pendidikan kesehatan terhadap keluarga, kunjungan rumah (home visit/home health nursing) sesuai rencana, pelayanan keperawatan dasar langsung (direct care) maupun tidak langsung (indirect care), pelayanan kesehatan sesuai rencana, misalnya memantau keteraturan berobat pasien dengan pengobatan jangka panjang, pemberian nasehat (konseling) kesehatan keperawatan di rumah dan dokumentasi keperawatan (Menkes RI, 2006).

1. Pengkajian keperawatan keluarga

Pengkajian merupakan langkah atau tahapan penting dalam proses perawatan, mengingat pengkajian sebagai awal interaksi dengan keluarga untuk mengidentifikasi data kesehatan seluruh anggota keluarga. Pengkajian keperawatan merupakan suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosis masalah klien, penetapan kekuatan, dan kebutuhan promosi kesehatan klien (Widagdo, 2016).

Komponen pengkajian keluarga menurut Friedman, et al (2014) dalam (Widagdo, 2016), berpendapat bahwa komponen pengkajian keluarga terdiri atas kategori pertanyaan, yaitu data pengenalan keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga (struktur, peran, nilai, komunikasi, kekuatan), fungsi keluarga (fungsi afektif, sosialisasi, pelayanan kesehatan, ekonomi, reproduksi) dan koping keluarga.

a. Data pengenalan keluarga

Biasanya tipe keluarga dengan anak retardasi mental adalah keluarga besar dan memiliki banyak anggota keluarga sehingga mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap tumbuh kembang anak (Prabowo, 2014). Status kelas sosial ekonomi keluarga dengan anak retardasi mental

biasanya adalah menengah kebawah karena tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup anaknya yang mengakibatkan tumbuh kembangnya terganggu(Prabowo,2014)

b. Data perkembangan dan sejarah keluarga

Tahap perkembangan pada keluarga dengan anak retardasi mental biasanya adalah tahap perkembangan keluarga dengan anak pra sekolah dan usia sekolah(Prabowo,2014). Pada pengkajian Riwayat keluarga dan Riwayat keluarga sebelumnya pada keluarga dengan anak retardasi mental biasanya ditemukan tidak mendapat imunisasi yang lengkap, tidak memeriksa kehamilan, kurang asupan pada saat hamil dan mengalami trauma pada saat melahirkan maupun saat hamil(Prabowo,2014)

c. Data lingkungan

Biasanya keluarga dengan anak retardasi mental memiliki rumah yang cenderung kecil atau kurang besar, dan rumahnya biasanya adalah rumah semi permanen maupun rumah kontrakan hal ini berkaitan dengan status social ekonomi keluarga (Prabowo,2014).

d. Data struktur keluarga

Komunikasi orang tua dengan anak retardasi mental dapat komunikasi antar pribadi yang digunakan orang tua adalah komunikasi antar pribadi dengan berkomunikasi secara verbal dan non verbal. Anak dengan retardasi mental dapat memahami pesan-pesan apa saja yang diberikan oleh lingkungan sekitarnya, dan melalui komunikasi antar pribadi dengan orang tua anak dapat secara perlahan menyelesaikan tugas-tugas perkembangannya (Nurwita, 2014).

Taggungjawab orangtua dalam merawat dan mengawasi perkembangan anak retardasi mental sangat dibutuhkan untuk mengubah perilaku anak retardasi mental. Tetapi yang memiliki peran utama dalam mengasuh anak dengan retardasi mental adalah ibu. Karena ibu lebih banyak berada di lingkungan rumah, anak cenderung dekat dengan ibu, sehingga anak lebih nyaman berada di dekat ibu. (Nohan, 2017).

e. Data fungsi keluarga

Komponen data kelima yang dikumpulkan adalah fungsi keluarga. Ada 5 fungsi keluarga antara lain:

1) Fungsi afektif

Biasanya keluarga dengan anak retardasi mental kurang memperhatikan akan kebutuhan kasih sayang dan perhatian pada anak, terkadang orang tua tidak percaya terhadap anak (Prabowo, 2014).

2) Fungsi sosialisasi

Biasanya anak dengan retardasi mental mungkin tidak berbicara dan melakukan sesuatu sesuai dengan tingkat usia mereka serta menarik diri dari anak-anak lain (Prabowo, 2014).

3) Fungsi perawatan kesehatan

Biasanya keluarga dengan anak retardasi mental tidak merawat anaknya secara khusus dan tidak rutin membawa anaknya ke fasilitas Kesehatan untuk memeriksa keadaan atau perkembangan anaknya (Prabowo, 2014)

4) Fungsi ekonomi

Biasanya keluarga dengan anak retardasi mental berada pada kelompok ekonomi menengah kebawah, biasanya bekerja sebagai buruh, petani dan bahkan tidak bekerja (Prabowo, 2014)

5) Fungsi reproduksi

Biasanya keluarga dengan anak retardasi mental memiliki anak yang banyak sehingga sulit untuk mempertahankan dan atau mengawasi perkembangan dan kebutuhan asupan anak-anaknya (Prabowo,2014).

g. Pemeriksaat Fisik

1) Status Kesehatan Umum

Meliputi keadaan penderita, tanda-tanda vital, berat badan yang biasanya mengalami penurunan, tinggi badan dan kesadaran composmentis nonkooperatif (Prabowo, 2014).

2) Kepala dan Leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, pemeriksaan pada mata, hidung, mulut dan telinga. Biasaanya anak dengan retardasi mental bentuk kepala makrosefali, mikrosefali dan hidrocefalus. Keadaan rambut biasanya rontok, cepat memutih dan halus. Pada mata bentuk juling, ada bintik cherry merah pada daerah macula dan kornea keruh. Pada hidung jembatan/punggung hidung mendatar, ukuran kecil, dan cuping melengkung ke atas. Pada mulut bentuk V yang terbalik dari bibir atas, langit-langit lebar dan melengkung tinggi dan telinga letaknya rendah. Pada leher pendek dan tidak mempunyai kemampuan gerak sempurna (Prabowo, 2014).

3) Sistem Pernafasan

Biasanya pada anak retardasi mental sistem pernafasan dalam rentang normal.

4) Sistem Kardiovaskuler

Biasanya pada anak retardasi mental sistem kardiovaskuler dalam rentang normal.

5) Sistem Pencernaan

Biasanya anak retardasi mental abdomen tampak buncit.

6) Ekstremitas

Biasanya pada ekstremitas atas tampak jari pendek dan tegap atau panjang, kecil, meruncing, ibu jari gemuk dan lebar serta klinodaktili sedangkan pada ekstremitas bawah jari kaki saling tumpang tindih, panjang dan tegap/panjang kecil, meruncing diujungnya, lebar, besar dan gemuk (Prabowo, 2014).

7) Genetalia

Pada anak retardasi mental laki-laki biasanya mikropenis dan testis tidak turun (Prabowo, 2014).

Setelah data terkumpul, kemudian dilanjutkan analisis data. Analisis data adalah pengelompokan data berdasarkan masalah keperawatan yang terjadi. Analisis data membutuhkan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman dan pengertian keperawatan.

Selama melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah keperawatan klien dan keluarga. Fungsi analisis data yaitu dapat menginterpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan yang dimiliki makna dan arti dalam menentukan masalah dan kebutuhan, klien, serta sebagai proses pengambilan keputusan dalam menentukan alternatif pemecahan masalah yang dituangkan dalam rencana asuhan keperawatan.

Penulisan analisis data dalam bentuk tabel terdiri atas 3 kolom, yaitu pengelompokan data, kemungkinan penyebab (etiologi), dan masalah keperawatan. Data yang dikelompokkan berdasarkan data subjektif dan objektif (Widagdo, 2016).

2. Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya.

Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko, maupun potensial.

Mubarak (2012) dalam (Febrianti, 2019) merumuskan diagnosis keperawatan keluarga berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian. Komponen diagnosis keperawatan meliputi problem atau masalah, etiology atau penyebab, dan sign atau tanda yang selanjutnya dikenal dengan PES.

- a. Problem atau masalah (P) Masalah yang mungkin muncul pada penderita Retardasi Mental
- b. Etiology atau penyebab (E) Penyebab dari diagnose keperawatan pada asuhan keperawatan keluarga berfokus pada 5 tugas kesehatan keluarga yang meliputi:
 - 1) Mengenal masalah kesehatan.
 - 2) Mengambil keputusan yang tepat.
 - 3) Merawat anggota keluarga yang sakit.
 - 4) Memodifikasi lingkungan.
 - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Sign atau tanda (S) Tanda atau gejala yang didapatkan dari hasil pengkajian.

Menurut Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2017) diagnosis keperawatan yang muncul pada klien retardasi mental adalah :

- a) (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan psikotik.
- b) (D.0106) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan inkonsistensi Respon.
- c) (D.0115) Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan dan pengobatan.
- d) (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.
- e) (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan psikologis.

3. Menentukan Prioritas Masalah

Selain data dianalisa dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Menurut Mubarak dalam (Febrianti, 2019) tipologi dari diagnosis keperawatan adalah:

a. Aktual

pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan, dimana masalah kesehatan yang dialami oleh keluarga memerlukan bantuan untuk segera ditangani dengan cepat.

b. Resiko

Diagnosis Ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan.

c. Potensial

Diagnosis Ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien

Tabel 2. 1
Skala Prioritas
 untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik

No	Kriteria	Score	Bobot	Pembenaran
1.	Sifat Masalah * Aktual * Resiko * Potensial	3 2 1	1	
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah * Tinggi * Sedang * Rendah	2 1 0	2	
3.	Potensial untuk dicegah * Mudah * Cukup * Tidak dapat	3 2 1	1	
4.	Menonjolnya masalah * Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani * Masalah dirasakan * Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1	
	Total Skore			

atau
opti
mal.

Kete
rang
an:
Total
score
dida
patk
an
deng
an:

Skor (total nilai kriteria) x Bobot = Nilai

Angka tertinggi dalam skor

Cara melakukan skoring:

1. Tentukan Skor untuk setiap kriteria.
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
3. Jumlah skor untuk semua kriteria.
4. Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosis keperawatan keluarga.

4. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Perencanaan keperawatan juga dapat diartikan juga sebagai suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien (Widagdo & Kholifah, 2016). Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan.

Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan, di antaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan mengambil keputusan, menulis tujuan, serta memilih dan membuat strategi, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain. Menurut (Widagdo & Kholifah, 2016) faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menyusun perencanaan keperawatan keluarga adalah berikut ini.

- a. Rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis data secara menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga.
- b. Rencana keperawatan harus realistis.
- c. Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan.
- d. Rencana keperawatan dibuat bersama keluarga.

Tabel 2. 2
Intervensi Keperawatan Keluarga Pada Anak Retardasi Mental

Diagnosis Keperawatan/SDKI	Tujuan/SLKI		Rencana Evaluasi		Rencana Tindakan SIKI
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
D.0115 Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan dan pengobatan.	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga membaik	Tuk 1 : keluarga mampu mengenal masalah Setelah dilakukan kunjungan 1 x 45 menit keluarga mampu mengenal masalah	Tingkat pengetahuan (L. 12111) 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik dari 2-5 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan dari 2-5 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dari 2-5	Edukasi Proses Penyakit (I. 12444) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Jelaskan penyebab dan factor resiko penyakit 5. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit 6. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi 7. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa

		Tuk 2 : Keluarga mampu mengambil keputusan Setelah dilakukan kunjungan 1 x 45 menit keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat keluarga yang sakit	Dukungan keluarga (L. 13112) 1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit	1) Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari 2-5	Dukungan pengambilan keputusan (L. 09265) 1. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan 2. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif 3. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Berikan informasi yang diminta pasien
--	--	--	---	---	--

		Tuk 3 : Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Manajemen kesehatan keluarga (L. 12105) 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat 2. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun	1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat dari 1-5 2. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun dari 1-5	Manajemen Perilaku (1.12463) 1. Identifikasi Harapan untuk mengendalikan perilaku 2. Diskusi tanggung jawab terhadap perilaku 3. Tingkatkan aktifitas fisik sesuai kemampuan 4. Bicara dengan nada rendah dan tenang 5. Cegah perilaku pasif dan agresif 6. Lakukan pengekanan fisik sesuai indikasi 7. Hindari sikap mengancam dan berdebat 8. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif Dukungan Pemeliharaan
--	--	---	--	---	---

		Tuk 4 : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Keamanan lingkungan (L. 14126) 1. Pemeliharaan rumah 2. Pencahayaan eksterior 3. Pencahayaan interior 4. Kebersihan hunian	1. Pemeliharaan rumah dari 2-5 2. Pencahayaan eksterior dari 2-5 3. Pencahayaan interior dari 2-5 4. Kebersihan hunian dari 2-5	Rumah I.14501 <i>Observasi</i> -Identifikasi faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pemeliharaan rumah <i>Terapeutik</i> -Dukung Anggota dalam menetapkan tujuan yang dapat dicapai terkait pemeliharaan rumah. -Bantu keluarga dalam dukungan sosial <i>Edukasi</i> -Ajarkan strategi menciptakan lingkungan rumah yang aman dan bersih
		Tuk 5 : Keluarga mampu memanfaatkan faskes untuk mengatasi masalah kesehatan	Ketahanan keluarga (L. 09074) 1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan	1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi dari 2-5 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk	Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan I.13477 Hal.26 <i>Observasi</i> -Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan

			informasi 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan bantuan	mendapatkan bantuan 2-5	bersama keluarga -Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga <i>Terapeutik</i> -Gunakan sarana dan fasilitas kesehatan yang ada dalam keluarga <i>Edukasi</i> -Informasikan faskes yang ada di lingkungan keluarga -Anjurkan menggunakan faskes yang ada
D.0106 Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan inkonsistensi Respon.	Setelah dilakukan tindakan kepeawatan diharapkan status perkembangan membaik	TUK 1: Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengenal gangguan tumbuh kembang	Tingkat pengetahuan (L.12111) 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 3. Pertanyaan	1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik dari 2-5 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan dari 2-5 3. Pertanyaan tentang masalah yang	Edukasi stimulasi anak (Stimulasi Tumbuh Kembang Anak (I. 12448)) 1. Edukasi kesiapan orang tua dalam menerima informasi. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

			tentang masalah yang dihadapi	dihadapi dari 2-5	3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Berikan pujian atas keberhasilan orang tua.
		Tuk 2 : Mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit	Dukungan keluarga (L. 13112) 1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit	1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari 2-5	Dukungan keluarga merencanakan perawatan, (I. 13477) 1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan 2. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga 3. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya

		Tuk 3 : Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Status Pertumbuhan (L. 10102) : 1. berat badan sesuai usia meningkat. 2. Panjang atau tinggi badan sesuai usia meningkat. 3. Lingkar kepala meningkat. 4. Asupan nutrisi meningkat	1. berat badan sesuai usia meningkat. 2. Panjang atau tinggi badan sesuai usia meningkat. 3. Lingkar kepala meningkat. 4. Asupan nutrisi meningkat	kesehatan. 4. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal 5. Ajarkan cara perawatan yang biasa dilakukan keluarga. Perawatan Perkembangan (I. 10339) : 1) Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak. 2) Berikan sentuhan yang gentle atau tidak ragu-ragu. 3) Motivasi anak untuk berinteraksi dengan anak lain. 4) Pertahankan kenyamanan anak.
--	--	--	---	---	--

		Tuk 4 : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Keamanan lingkungan (L. 14126) 1. Pemeliharaan rumah 2. Pencahayaan eksterior 3. Pencahayaan interior 4. Kebersihan hunian	1. Pemeliharaan rumah dari 2-5 2. Pencahayaan eksterior dari 2-5 3. Pencahayaan interior dari 2-5 4. Kebersihan hunian	5) Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. 6) Ajarkan anak keterampilan berinteraksi. 7) Ajarkan anak teknik asertif(kemampuan mengkomunikasikan apa yang diinginkan). Edukasi keselamatan lingkungan (I. 12384) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi bahaya keamanan di lingkungan
--	--	--	--	---	---

				dari 2-5	3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya
		Tuk 5 : Keluarga mampu memanfaatkan faskes untuk mengatasi masalah kesehatan	Ketahanan keluarga (L. 09074) 1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan	1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi dari 2-5 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk	Pengenalan fasilitas (I. 14549) 1. Identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan

			bantuan	mendapatk an bantuan 2-5		
D.0136 Risiko ditandai perubahan kognitif.	cedera dengan fungsi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Tingkat cedera menurun	Tuk 1 : keluarga mampu mengenal masalah Setelah dilakukan kunjungan 1 x 45 menit keluarga mampu menenal masalah	Tingkat pengetahuan (L. 12111) 1. Kemampuan menjelaskan pengtahuan tentang suatu topik 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	1. Kemampuan menjelaskan pengtahuan tentang suatu topik dari 2-5 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan dari 2-5 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dari 2-5	Edukasi Keselamatan Lingkungan (1.12384) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi kebutuhan keselamatan berdasarkan Tingkat fungsi fisik, kognitif dan kebiasaan identifikasi bahaya keamanan lingkungan. 3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya

					5. Anjurkan menghilangkan bahaya lingkungan 6. Anjurkan menyediakan alat bantu (mis. Pegangan tangan, keset anti slip) 7. Anurkan menggunakan alat pelindung (mis. Restrain, rel samping, penutup pintu, pagar, pintu gerbang) 8. Informasikan nomor telepon darurat 9. Anjurkan melakukan skrining lingkungan 10. Ajarkan individu beresiko tinggi tentang bahaya lingkungan.
--	--	--	--	--	--

		Tuk 2 : Keluarga mampu mengambil keputusan Setelah dilakukan kunjungan 1 x 45 menit keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat keluarga yang sakit	Dukungan keluarga (L. 13112) 1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit	1) Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari 2-5	Dukungan pengambilan keputusan (I. 09265) 1. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan 2. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif 3. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Berikan informasi yang diminta pasien
		Tuk 3 : Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Tingkat Cedera (L.14137) 1. toleransi aktivitas 2. Gangguan mobilitas 3. Gangguan	1. Toleransi aktivitas dari 2-5 2. Gangguan mobilitas dari 2-5 3. Gangguan	Pencegahan Cedera (1.14537) 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera

			kognitif	kognitif dari 2-5	2. Identifikasi kesesuaian alas kaki 3. Sediakan pencahayaan yang memadai 4. Gunakan lampu tidur selama tidur 5. Sediakan alas kaki anti slip 6. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 7. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah
		Tuk 4 :	Keamanan	1. Pemelihata	Edukasi keamanan

		Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	lingkungan (L. 14126) 1. Pemeliharaan rumah 2. Pencahaya-an eksterior 3. Pencahaya-an interior 4. Kebersihan hunian	an rumah dari 2-5 2. Pencahaya-an eksterior dari 2-5 3. Pencahaya-an interior dari 2-5 4. Kebersihan hunian dari 2-5	anak(I. 12378) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. anjurkan memantau anak saat berada di tempat yang beresiko 6. anjurkan menutup sumber Listrik 7. anjurkan mengatur perabotan rumah 8. anjurkan menyimpan benda berbahaya
--	--	--	--	---	---

		Tuk 5 : Keluarga mampu memanfaatkan faskes untuk mengatasi masalah kesehatan	Ketahanan keluarga (L. 09074) 1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan bantuan	1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi dari 2-5 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan bantuan 2-5	Pengenalan fasilitas (I. 14549) 1. Identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan
--	--	--	--	---	--

5. Implementasi Keperawatan

Keperawatan Keluarga: Implementasi dan Hambatan dalam Pelaksanaannya
Implementasi atau pelaksanaan keperawatan keluarga adalah tahap di mana perawat menjalankan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya. Tujuannya adalah membangkitkan minat dan kemandirian keluarga dalam mengadopsi perilaku hidup sehat. Sebelum pelaksanaan, perawat harus membuat kontrak dengan keluarga agar mereka lebih siap secara fisik dan psikologis dalam menerima asuhan keperawatan (Kholifah & Widagdo, 2016).

Tujuan Implementasi Keperawatan Keluarga

Pelaksanaan keperawatan keluarga bertujuan untuk membantu klien dan keluarganya dalam mencapai:

- Peningkatan kesehatan
- Pencegahan penyakit
- Pemulihan kesehatan
- Memfasilitasi coping dalam menghadapi masalah kesehatan

Dalam tahap ini, perawat harus memahami berbagai aspek, termasuk:

- Bahaya fisik dan cara perlindungan klien
- Teknik komunikasi terapeutik
- Prosedur tindakan keperawatan
- Hak-hak pasien dan keluarganya
- Tingkat perkembangan pasien

Pelaksanaan tindakan keperawatan juga harus melibatkan seluruh anggota keluarga, dan perawat perlu memantau respons verbal maupun nonverbal dari keluarga selama tindakan berlangsung (Kholifah & Widagdo, 2016).

Tindakan Keperawatan Keluarga

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat dalam keperawatan keluarga meliputi:

1. Menstimulasi kesadaran keluarga terhadap masalah dan kebutuhan kesehatan.

2. Mendorong keluarga untuk mengambil keputusan mengenai perawatan yang tepat.
3. Memberikan kepercayaan diri kepada keluarga dalam merawat anggota yang sakit.
4. Membantu keluarga menciptakan lingkungan yang sehat dan aman.
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Hambatan dalam Implementasi Keperawatan Keluarga

Terdapat beberapa faktor yang dapat menghambat keterlibatan keluarga dalam tindakan kesehatan, antara lain:

- Kurangnya informasi yang jelas, menyebabkan kesalahpahaman.
- Informasi yang tidak lengkap, membuat keluarga hanya memahami sebagian masalah.
- Ketidakmampuan keluarga menghubungkan informasi dengan kondisi yang dihadapi.
- Penolakan keluarga untuk menghadapi situasi kesehatan yang sulit.
- Tekanan dari lingkungan, yang membuat anggota keluarga ragu dalam mengambil keputusan.
- Keinginan keluarga untuk mempertahankan pola perilaku lama meskipun tidak sehat.
- Gagalnya keluarga dalam memahami tujuan keperawatan.
- Kurangnya kepercayaan keluarga terhadap perawat atau intervensi yang diberikan.

Untuk mengatasi hambatan tersebut, perawat perlu menggunakan pendekatan komunikasi yang efektif dan edukasi yang berkelanjutan, sehingga keluarga dapat lebih terbuka dan berpartisipasi aktif dalam perawatan anggota keluarganya.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan

implementasinya telah berhasil dicapai. Meskipun diletakkan di akhir, evaluasi merupakan bagian integral dalam setiap tahap proses keperawatan (Kholifah & Widagdo, 2016).

Tujuan Evaluasi dalam Keperawatan Keluarga

1. Menilai keefektifan intervensi yang telah diberikan oleh perawat dan keluarga.
2. Mengidentifikasi keberhasilan atau kegagalan dalam mencapai tujuan keperawatan.
3. Mengevaluasi apakah tujuan yang ditetapkan sudah tercapai atau perlu disesuaikan.
4. Menentukan langkah tindak lanjut dalam rencana keperawatan.

Evaluasi dilakukan dengan melihat respon keluarga terhadap tindakan keperawatan, bukan hanya berdasarkan intervensi yang telah diimplementasikan. Oleh karena itu, perawat perlu mengumpulkan kembali data, meninjau kembali diagnosis keperawatan, serta mengevaluasi keakuratan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan.

Pendekatan SOAP dalam Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan keluarga dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, yaitu:

- S (Subjective Data): Respon subjektif klien dan keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Misalnya, perasaan lebih nyaman, keluhan berkurang, atau adanya kesulitan dalam mengikuti anjuran perawatan.
- O (Objective Data): Respon objektif yang dapat diobservasi, seperti perubahan kondisi kesehatan, peningkatan kemandirian dalam perawatan diri, atau perubahan perilaku yang diharapkan.
- A (Assessment): Analisis ulang terhadap data subjektif dan objektif untuk menilai apakah masalah yang ada masih tetap, sudah membaik, atau muncul masalah baru yang perlu ditangani.
- P (Plan): Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil evaluasi. Jika tujuan belum tercapai, maka perlu dilakukan modifikasi rencana asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan keluarga.

Dengan evaluasi yang sistematis, perawat dapat menentukan efektivitas intervensi dan memberikan rekomendasi yang lebih tepat untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas atau institusi, meskipun jumlah subjek cenderung sedikit namun jumlah variabel yang diteliti sangat luas (Kartika, 2017)

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini sudah dilakukan pada keluarga dengan anak retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang. Penelitian ini sudah berjalan sejak bulan September 2023 sampai bulan Desember 2024.

C. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi adalah merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek/subyek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sandu Siyuto, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dengan anak retardasi mental yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang, berdasarkan data di puskesmas didapat keluarga dengan anak retardasi mental ada sebanyak 4 keluarga.

b. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, ataupun bagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Sandu Siyuto, 2015). Sampel dari penelitian ini adalah 1 (satu) keluarga dengan

anak retardasi mental yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan accidental sampling, Menurut Sugiyono (2017), accidental sampling adalah proses pengambilan responden untuk dijadikan sampel berdasarkan sampel yang kebetulan ditemui dengan peneliti. kemudian responden yang dirasa cocok dijadikan sebagai sumber data.

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi yaitu kriteria yang menentukan subjek penelitian yang mewakili sampel penelitian dan memenuhi kriteria sampel. Keluarga yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1) Keluarga dengan anak retardasi mental yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang
- 2) Keluarga yang bersedia menjadi responden.
- 3) Keluarga yang bersedia anaknya diberikan asuhan keperawatan keluarga.
- 4) Keluarga yang mampu berkomunikasi dengan baik dan lancar serta kooperatif
- 5) Keluarga yang berada di lokasi ketika penelitian
- 6) Keluarga dengan tingkat kemandirian dua (KM-II).

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eklusi yaitu kriteria yang mementukan subjek penelitian yang tidak dapat mewakili sabagai sampel.Karna tidak memenuhi syarat sebagai sampel.

- 1) Keluarga dengan anak retardasi mental yang memiliki kelainan fisik yang berpotensi menghambat penelitian
- 2) Keluarga yang tidak bersedia menjadi responden.

D. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada keluarga dimulai dengan pengkajian sampai evaluasi Instrumen yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan keluarga (pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi). Data didapatkan melalui wawancara dengan keluarga ataupun melalui pembicaraan informal lainnya. Untuk melengkapi data pengkajian awal pada keluarga, instrumen yang digunakan yaitu tensimeter, alat ukur BB, dan alat ukur TB

E. Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara adalah pengumpulan data dilakukan dengan mendapatkan secara lisan melalui percakapan dan tatap muka dengan responden (Kartika, 2017). Dilakukan tentang data umum, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan koping keluarga, dan harapan keluarga.

2. Observasi

Observasi atau pengamatan artinya mengamati gejala/rangsangan secara berulang kali dan melakukan pencatatan segera dengan alat bantu seperti alat pencatat, dan formulir alat isian dan alat mekanik. Contoh daftar cek, skala penilaian, dan alat-alat mekanik (alat pemotretan dan alat perekam) (Kartika, 2017). Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari klien, seperti keadaan umum klien.

3. Pengukuran

Pengukuran adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan mengukur orang/objek mengenai hal yang dipelajari dengan menggunakan berbagai alat ukur dan hasil pengukurannya dicatat. (Kartika, 2017).

Peneliti melakukan pengukuran dengan alat ukur pemeriksaan fisik, seperti BB dan TB.

F. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti langsung dari responden melalui kuisioner, angket dan data hasil wawancara peneliti dengan narasumber yang harus diolah lagi (Kartika, 2017). Data primer yang didapatkan setelah melakukan pengkajian pada keluarga meliputi identitas seluruh anggota keluarga, riwayat kesehatan keluarga, tahap perkembangan keluarga, lingkungan, fungsi, struktur dan harapan keluarga.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat peneliti dari catatan, dokumen, buku, majalah dan laporan (Kartika, 2017). Data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada (peneliti sebagai tangan kedua). Data sekunder dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti Biro Pusat Statistik (BPS), buku, laporan, jurnal, dan lain-lain (Sandu Siyuto, 2015).

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari dokumentasi dan laporan di Puskesmas Nanggalo Kota Padang. Data sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan.

G. Analisa Data

Metode analisis data menjelaskan bagaimana seseorang peneliti mengubah data hasil penelitian menjadi informasi yang dapat digunakan untuk

mengambil kesimpulan penelitian (Kartika, 2017). Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatan, kemudian peneliti menentukan prioritas masalah, lalu menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan dengan cara dinarasikan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan sesuai dengan teori dan kondisi klinik.

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi kasus

Asuhan keperawatan keluarga pada Tn. H dengan masalah retardasi mental pada anak usia sekolah . Asuhan dimulai pada. Hasil penelitian akan dideskripsikan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Keluarga Tn. H (47 th) dengan anggota keluarganya Ny. V (47 tahun) sebagai istri dan memiliki 3 orang anak, An. I (21 tahun), An. R (15 tahun), dan An. F (10 tahun) yang sudah meninggal pada tahun 2020 lalu. Keluarga Tn. H tinggal di komplek PGRI 2. Tn. H bekerja sebagai guru sd dengan status p3k dengan Pendidikan terakhir yaitu sarjana.

Tipe keluarga Tn. H adalah keluarga inti, Dimana keluarganya terdapat Ny. V sebagai istri dan mempunyai 2 orang anak yaitu An. I dan An. R. Keluarga Tn. H berlatar budaya minang. Keluarga Tn. H memiliki nilai-nilai agama islam yang ketat karena Tn. H berprofesi sebagai guru agama, dia percaya semuanya berasal dari Allah SWT.

Keluarga Tn. H merupakan keluarga dengan status ekonomi menengah kebawah, yang mana sudah mampu memenuhi kebutuhan dasar keluarga seperti kebutuhan pangan dan kebutuhan sehari-hari. Dalam mencari nafkah untuk keluarganya ,Tn. H bekerja sebagai guru agama di sebuah sd dan berstatus sebagai P3K dengan gaji sekitar 1 sampai 2 juta tiap bulannya.

Tahap perkembangan keluarga Tn. H berada pada tahap perkembangan 6, yaitu keluarga yang melepas anak usia dewasa muda. Tahapan keluarga yang belum terpenuhi yaitu melepas anak tertuanya karena anak tertuanya

yaitu An. I masih berstatus sebagai mahasiswa dan belum mempunyai pekerjaan.

Saat dilakukan pengkajian, diketahui bahwa Tn. H merupakan perokok berat dan memiliki Riwayat penyakit diabetes dari orang tuanya. Pada saat pengkajian juga didapati bahwa Ny. V menderita hipertensi yang mana berasal dari ibunya, pada saat dilakukan pemeriksaan didapati tekanan darah Ny. V adalah 150/98 mmHg.

Saat dilakukan pengkajian, Ny. V mengatakan bahwa minggu lalu An. R sempat dirawat di rumah sakit karena kejang. An. R sudah 2 tahun menderita epilepsi dan rutin meminum obat. Ny. V juga mengatakan An. R lambat merespon perkataan, jika diajak ngobrol kadang tidak nyambung, dan kesusahan untuk mengatakan sesuatu. Saat diajak bicara, An. R sering tiba-tiba membahas tentang kelapa sawit. Ny. V mengatakan bahwa An. R sangat tertarik membahas tentang kelapa sawit, yang mana An. R tau semua tentang kelapa sawit yang bahkan tidak dimengerti oleh orang awam. An. R juga mempunyai ketertarikan atau hobi tentang musik dan dance. Ny. V mengatakan dahulu An. R sangat dekat dengan adiknya yang sudah meninggal, biasanya adiknya tersebut yang menolong An. R dalam melakukan aktivitas harian dan menemaninya bermain. An. R tidak terlalu dekat dengan kakaknya yaitu An. I karena jarang dirumah karena kuliah diluar kota.

Rumah keluarga Tn. H merupakan rumah mertuanya, yaitu ibu Ny. V Dimana didalam rumah tersebut terdapat 3 KK, yaitu KK keluarga Tn. H , KK adik NY. V , dan KK ibu Ny. V . terdapat 3 buah kamar tidur, 2 kamar mandi, dan 1 kontrakan/ ruko.

Komunikasi dalam keluarga Tn. H berjalan dengan baik dengan menggunakan Bahasa minang dan Bahasa Indonesia , kecuali dengan An. R, karena An. R susah mengungkapkan sesuatu dan kalua diajak ngobrol sering tidak nyambung. Dalam mengambil Keputusan, Tn. H lah yang memegang kekuasaan tertinggi. Tn. H berperan sebagai kepala keluarga, suami dari Ny. V dan ayah dari An. I dan An. R. Nilai-nilai agama sangat kental dalam keluarga Tn. H , karena dia adalah seorang guru agama dan sarjana ilmu agama.

Stressor jangka Panjang dan jangka pendek dalam keluarga Tn. H adalah mengenai keadaan An. R yang mana memiliki retardasi mental dan juga epilepsy. Dalam menghadapi masalah yang dialami oleh keluarga Tn. H , terdapat perbedaan pendapat dalam menangani An.R.

Dari hasil pengkajian didapat data yang akan dianalisis, yaitu:

1) Data subjektif :

Ny. V mengatakan An. R sulit mengungkapkan apa yang dirasakannya.Ny. V juga mengatakan ngobrol dengan An. R sering tidak nyambung

Data objektif:

An. R terlihat Menunjukkan respon tidak sesuai dengan semestinya,Disfasia,Pelo,Gagap,Sulit memahami komunikasi,Sulit menggunakan ekspresi wajah,Sulit menyusun kalimat,Verbalisasi tidak tepat,Sulit mengungkapkan kata-kata. An. R juga terlihat susah untuk mengngat orang, ruang, dan waktu

Masalah : Gangguan Komunikasi Verbal b.d Hambatan Psikologis(retardasi mental)

2) Data subjektif

Ny. V mengatakan An.R mengalami keterlambatan perkembangan tidak sesuai dengan anak seumurannya.Ny . V juga mengatakan An. R belum bisa menjaga kebersihan diri snediri

Data objektif

An. R terlihat Tidak mampu melakukan keterampilan khas sesuai usia,Afek datar,Respon sosial lambat,Kontak mata tidak ada,Nafsu makan menurun,dan kebingungan

Masalah : Gangguan Tumbuh Kembang b.d Defisiensi stimulus

3) Data subjektif

Ny. V mengatakan khawatir anaknya kembali masuk rumah sakit,Ny. V juga mengatakan khawatir tentang kelanjutan perawatan anaknya.Ny. V khawatir jika kelak dia tidak mampu lagi merawat anaknya.

Data objektif

Tn. H terlihat tidak senang ketika membahas kondisi anaknya.

Masalah : Ketegangan peran pemberi asuhan b.d Persaingan komitmen peran pemberi asuhan

4) Data subjektif

Ny. V mengatakan anaknya mengalami epilepsi sejak 2 tahun yang lalu

Masalah : Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.

5) Data subjektif

Ny. V mengatakan kurang memahami masalah kesehatan An.R.Ny. V juga mengatakan kesulitan melakukan perawatan pada An.R

Data objektif

Terlihat aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan An.R tidak tepat dan Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi risiko

Masalah : Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak efektif b.d
Konflik pengambilan Keputusan

2. Diagnosis Keperawatan

- a) (D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus
- b) (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)
- c) (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.
- d) (D.0124) Ketegangan peran pemberi asuhan berhubungan dengan persaingan komitmen peran pemberi asuhan
- e) (D.0115) Manajemen Kesehatan Keluarga tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan Keputusan

Diambil 3 diagnosis utama sesuai skala prioritas, yaitu:

- a) (D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus
- b) (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)
- c) (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.

3. Intervensi keperawatan

- a) (D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus

Tujuan umum : Setelah dilakukan tindakan kepeawatan selama 15 kali kunjungan selama 20 menit diharapkan status perkembangan membaik

Tujuan khusus

- a) Keluarga mampu mengenali masalah retardasi mental

- b) Keluarga mampu mengambil Keputusan terkait masalah retardasi mental
- c) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan retardasi mental dengan cara perawatan perkembangan
- d) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk menunjang Kesehatan dan keselamatan keluarga dengan retardasi mental
- e) Keluarga mampu menggunakan fasilitas Kesehatan yang ada

- b) (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)

Tujuan umum : Setelah dilakukan tindakan kepeawatan selama 15 kali kunjungan selama 20 menit diharapkan komunikasi verbal meningkat

Tujuan khusus

- a) Keluarga mampu mengenali masalah gangguan komunikasi verbal dengan melakukan promosi komunikasi deficit bicara
- b) Keluarga mampu mengambil Keputusan terkait masalah komunikasi verbal
- c) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan gangguan komunikasi verbal dengan melakukan terapi musik
- d) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk menunjang Kesehatan dan keselamatan keluarga dengan gangguan komunikasi verbal
- e) Keluarga mampu menggunakan fasilitas Kesehatan yang ada

- c) (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.

Tujuan umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 15 kali kunjungan selama 20 menit diharapkan tingkat cedera menurun

Tujuan khusus

- a) Keluarga mampu mengenali masalah risiko cedera dengan melakukan edukasi pencegahan cedera
- b) Keluarga mampu mengambil Keputusan terkait masalah risiko cedera
- c) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan risiko cedera dengan melakukan manajemen kejang
- d) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk menunjang Kesehatan dan keselamatan keluarga dengan risiko cedera
- e) Keluarga mampu menggunakan fasilitas Kesehatan yang ada

4. Implementasi Keperawatan

- a) (D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus**

Dilakukan penyuluhan tentang retardasi mental yang dihadiri oleh Ny. V selama 20 menit menggunakan lembar balik dan leaflet. Ny. V antusias pada saat diberikan kesempatan untuk bertanya.

Implementasi selanjutnya, sesuai dengan tugas kesehatan keluarga yaitu mengambil keputusan yang tepat. Dilakukan dengan cara memberikan penyuluhan tentang dampak dan akibat dari retardasi

mental. Metode yang digunakan penyuluhan selama 20 menit menggunakan lembar balik dan leaflet.

Implementasi selanjutnya cara merawat dan berinteraksi dengan anak retardasi mental. Ny. V antusias pada saat penyuluhan dengan metode penyuluhan selama 20 menit menggunakan lembar balik dan leaflet.

Selanjutnya memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman agar anak memiliki keinginan untuk belajar. Metode yang digunakan penyuluhan dan demonstrasi selama 30 menit.

Selanjutnya keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan penyuluhan dengan lembar balik dan leaflet selama 20 menit.

b) (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)

Dilakukan penyuluhan tentang gangguan komunikasi verbal yang dihadiri oleh Ny. V selama 20 menit menggunakan lembar balik dan leaflet. Ny. V antusias pada saat diberikan kesempatan untuk bertanya.

Implementasi selanjutnya, sesuai dengan tugas kesehatan keluarga yaitu mengambil keputusan yang tepat. Dilakukan dengan cara memberikan penyuluhan tentang dampak dan akibat dari gangguan komunikasi verbal. Metode yang digunakan penyuluhan selama 20 menit menggunakan lembar balik dan leaflet.

Implementasi selanjutnya cara merawat dan berinteraksi dengan anak dengan gangguan komunikasi verbal. Dilakukan terapi music selama 20 menit menggunakan headset dan speaker kepada An. R.

c) (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.

Dilakukan penyuluhan tentang risiko cedera yang dihadiri oleh Ny. V selama 20 menit menggunakan lembar balik dan leaflet. Ny. V antusias pada saat diberikan kesempatan untuk bertanya.

Implementasi selanjutnya, sesuai dengan tugas kesehatan keluarga yaitu mengambil keputusan yang tepat. Dilakukan dengan cara memberikan penyuluhan tentang dampak dan akibat dari risiko cedera. Metode yang digunakan penyuluhan selama 20 menit menggunakan lembar balik dan leaflet.

Implementasi selanjutnya cara merawat dan berinteraksi dengan anak dengan risiko cedera. Dilakukan manajemen kejang/ cara merawat anak yang mengalami kejang selama 20 menit.

5. Evaluasi Keperawatan

a) (D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus

Didapatkan evaluasi dari keluarga Tn. H, keluarga sudah mengenal masalah kesehatan keluarganya khususnya An. R yaitu masalah gangguan tumbuh kembang. Sedangkan hasil objektif yang didapatkan Ny. V mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala serta akibat yang ditimbulkan.

Selanjutnya pengambilan keputusan sesuai dengan tugas keluarga kedua didapatkan hasil subjektif keluarga mengetahui tindakan yang harus dilakukan. Hasil objektif keluarga mengambil keputusan untuk mengatasi masalah retardasi mental pada An.R

Evaluasi selanjutnya Ny. V berkeinginan mengetahui cara merawat dan berinteraksi dengan anak gangguan tumbuh kembang. Hasil objektifnya Ny. V mampu menyebutkan 3 dari 6 cara merawat dan 3 dari 5 cara berinteraksi dengan anak retardasi mental.

Kemudian Ny. V juga termotivasi untuk membersihkan lingkungan agar anak ada keinginan untuk belajar. Hasil objektif lingkungan menjadi lebih bersih dan rapi.

Kemudian keluarga mau memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Hasil subjektif keluarga telah membawa An.R ke puskesmas untuk mengukur BB, TB, lingkaran lengan dan lingkaran kepala

b) (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)

Didapatkan evaluasi dari keluarga Tn. H, keluarga sudah mengenal masalah kesehatan keluarganya khususnya An. R yaitu masalah gangguan komunikasi verbal. Ny. V mau membantu anaknya dalam melatih untuk berkomunikasi. Setelah dilakukan terapi music, Ny. V mampu untuk mengulangi terapi music kepada An. R secara mandiri. Hasil objektifnya didapat Ny. V dapat melakukan terapi music kepada An. R secara mandiri. Ny. V juga terlihat mau membantu Latihan komunikasi verbal terhadap anaknya.

c) (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.

Didapatkan evaluasi dari keluarga Tn. H, keluarga sudah mengenal masalah risiko cedera An. R. Ny. V bisa menyebutkan risiko cedera apa saja yang dapat terjadi kepada anaknya yang memiliki retardasi mental. Setelah dilakukan edukasi pencegahan cedera, Ny. V mampu menyebutkan dampak yang terjadi terhadap anaknya, dan mampu menyebutkan cara menanggulangnya. Hasil objektifnya setelah dilakukan manajemen kejang, Ny. V mampu mempraktekkan cara manajemen kejang jika terjadi kepada anaknya.

B. Pembahasan Kasus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dengan retardasi mental pada anak usia sekolah di wilayah kerja puskesmas Nanggalo kota Padang yang dilakukan sejak 6 maret 2024 – 21 maret 2024 dengan 15 kunjungan, maka pada bab pembahasan penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian dan kesenjangan antara teori dan kasus yang terdapat pada klien. Tahapan perkembangan sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosis, membuat rencana tindakan, melakukan tindakan dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Peneliti melakukan pengkajian kepada keluarga Tn. H dengan menggunakan format pengkajian keperawatan keluarga dan pengkajian status mental dengan metode wawancara dan observasi guna untuk mengumpulkan data yang kemudian akan dianalisis.

Retardasi mental merupakan keadaan yang tidak lengkap atau kurangnya perkembangan mental yang akan mempengaruhi tingkat kecerdasan pada

anak. Hal ini ditandai dengan kurangnya kemampuan berpikir pada anak selama masa perkembangan yang akan mempengaruhi kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial pada anak. Misalnya, komunikasi, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, keterampilan sosial, fungsi dalam masyarakat, pengarahan diri, fungsi akademis, dan pekerjaan (Muhith, 2015). Teori tersebut sesuai dengan An. R yang mana menurut perkataan Ny. V sebagai ibunya, An. R lambat merespon perkataan, pembicaraan tidak nyambung, sering terlihat bingung, sulit melakukan kegiatan harian seperti makan dan mandi.

An. R juga menderita epilepsi sejak 2 tahun yang lalu, ini sesuai dengan teori yang ada, yaitu retardasi mental bukanlah penyakit meskipun dari hasil dari proses patologis otak. Keterbelakangan mental mungkin disertai atau tidak disertai dengan penyakit mental atau fisik lainnya (Akbar, 2014).

Berdasarkan keterangan dari Ny. V yang menyebutkan bahwa An. R pernah melakukan tes iq dengan skor sekitar 50-an. Menurut AAMD dalam Lisinus (2020), skor ini termasuk kedalam klasifikasi retardasi mental ringan, yaitu 50-70.

Ny. V mengatakan An. R lahir secara normal serta mendapatkan imunisasi lengkap. Selama kehamilan Ny. V juga mengatakan tidak terdapat kelainan. Peneliti berasumsi bahwa Ny. V lambat menyadari keterlambatan perkembangan anaknya. Hal ini berdasarkan teori dari Sudiharto (2014), menyebutkan bahwa penyebab dari retardasi mental dapat dibagi dalam fase pranatal, perinatal dan postnatal. Penyebab fase pranatal meliputi kelainan kromosom, Kelainan genetik /herediter dan gangguan metabolic, fase perinatal meliputi prematuritas, asfiksia, hipoglikemia dan pada fase postnatal meliputi Infeksi (meningitis, ensefalitis), trauma dan kejang lama.

Jadi, kemungkinan penyebab dari An. R berada pada fase postnatal yaitu kejang lama, mengingat An. R juga menderita epilepsi.

Hasil pengkajian terhadap kehidupan lingkungan, sosial dan Masyarakat terhadap keluarga Tn. H didapat bahwa rumahnya merupakan rumah permanen, lingkungan sekitar tidak terdapat tetangga sehingga kehidupan bermasyarakat juga tidak terlalu mempengaruhi perkembangan An. R.

Pengkajian juga dilakukan terhadap status ekonomi keluarga Tn. H. keluarga Tn. H termasuk keluarga dengan ekonomi menengah kebawah yang mana Tn. H bekerja sebagai guru dengan status P3K dan Ny. V sebagai ibu rumah tangga. Penghasilan Tn. H berkisar sekitar 1 sampai 2 jutaan. Penghasilan juga didapat dari sewa kontrakan di rumahnya. Menurut (Prabowo, 2014) Biasanya keluarga dengan anak retardasi mental berada pada kelompok ekonomi menengah kebawah, biasanya bekerja sebagai buruh, petani dan bahkan tidak bekerja.

Berdasarkan data diatas terdapat persamaan hasil pengkajian dan teori yang ada. Oleh karena itu, peneliti berasumsi keluarga Tn. H sulit menunjang perkembangan An. R karena keterbatasan ekonomi. Karena untuk menunjang perkembangan anak dengan retardasi mental memerlukan pelatihan, pemberian stimulus ekstra dan berbagai terapi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga mengacu kepada P(problem) – E(etiology)- S(sign) yang mana berpedoman kepada buku 3S (SDKI, SIKI, SLKI, 2017). Pada teori terdapat 5 diagnosis yang mungkin muncul, yaitu:

- a. (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan psikotik.
- b. (D.0106) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan inkonsistensi Respon.

- c. (D.0115) Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan dan pengobatan.
- d. (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.
- e. (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan psikologis.

Sedangkan pada keluarga Tn. H terdapat 4 diagnosis yang sama dan 1 diagnosis berbeda, yaitu :

- a. (D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus
- b. (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)
- c. (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.
- d. (D.0124) Ketegangan peran pemberi asuhan berhubungan dengan persaingan komitmen peran pemberi asuhan
- e. (D.0115) Manajemen Kesehatan Keluarga tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan Keputusan

Perbedaan diagnosis yang muncul menandakan setiap keluarga dan setiap anak dengan retardasi mental mengalami dan menghadapi masalah yang berbeda. Walaupun di teori muncul 5 diagnosis, tidak menutup kemungkinan akan ada diagnosis lain yang akan muncul tergantung masalah, cara penanganan, dan cara pencegahan yang dilakukan.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Perencanaan keperawatan juga dapat diartikan juga sebagai suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah,

menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien (Widagdo & Kholifah, 2016).

Intervensi diagnosis pertama yaitu gangguan tumbuh kembang sesuai dengan fungsi perawatan keluarga yaitu yang pertama keluarga mampu mengenal masalah retardasi mental, yang kedua keluarga mampu mengambil Keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah retardasi mental, dalam hal ini gangguan tumbuh kembang, yang ketiga yaitu merawat anggota keluarga dengan retardasi mental dalam hal ini yaitu dengan perawatan perkembangan, selanjutnya yaitu memodifikasi lingkungan, yang ke-5 yaitu memanfaatkan fasilitas Kesehatan yang ada.

Intervensi diagnosis ke-2 yaitu gangguan komunikasi verbal, intervensi pertama keluarga mampu mengenal masalah gangguan komunikasi verbal dengan cara edukasi promosi komunikasi : deficit bicara, selanjutnya keluarga mampu mengambil Keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah gangguan komunikasi verbal, selanjutnya merawat anggota keluarga dengan masalah gangguan komunikasi verbal dengan cara terapi musil, selanjutnya memodifikasi lingkungan, dan yang terakhir memanfaatkan fasilitas Kesehatan yang ada.

Intervensi diagnosis ketiga yaitu risiko cedera yang pertama keluarga mampu mengenal masalah risiko cedera dengan edukasi pencegahan cedera, selanjutnya keluarga mampu mengambil Keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah risiko cedera, selanjutnya keluarga mampu merawat keluarga dengan risiko cedera dengan cara manajemen kejang.

4. Implementasi Keperawatan

Keperawatan Keluarga Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah proses dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk menerapkan rencana tindakan yang telah disusun dan membangkitkan minat dan kemandirian keluarga dalam mengadakan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat. Namun sebelum melakukan implementasi, perawat terlebih dahulu membuat kontrak agar keluarga lebih siap baik fisik maupun psikologis dalam menerima asuhan keperawatan yang diberikan (Kholifah & Widagdo, 2016).

Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Kholifah & Widagdo, 2016).

Implementasi diagnosis pertama yaitu gangguan tumbuh kembang pertama keluarga mampu mengenal masalah retardasi mental, yang kedua keluarga mampu mengambil Keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah retardasi mental, dalam hal ini gangguan tumbuh kembang, yang ketiga yaitu merawat anggota keluarga dengan retardasi mental dalam hal ini yaitu dengan perawatan perkembangan, selanjutnya yaitu memodifikasi lingkungan, yang ke-5 yaitu memanfaatkan fasilitas Kesehatan yang ada.

Menurut asumsi peneliti, keluarga belum mengetahui bagaimana cara berinteraksi dan merawat anak retardasi mental. Hal ini sesuai dengan teori yang ada tentang penatalaksanaan anak retardasi mental. Salah satu

penatalaksanaan anak retardasi mental yaitu keluarga mengetahui cara merawat dan berinteraksi dengan anak retardasi mental (Suryani, 2017).

Implementasi diagnosis ke-2 yaitu gangguan komunikasi verbal, implementasi pertama keluarga mampu mengenal masalah gangguan komunikasi verbal dengan cara edukasi promosi komunikasi : deficit bicara, selanjutnya keluarga mampu mengambil Keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah gangguan komunikasi verbal, selanjutnya merawat anggota keluarga dengan masalah gangguan komunikasi verbal dengan cara terapi musik, selanjutnya memodifikasi lingkungan, dan yang terakhir memanfaatkan fasilitas Kesehatan yang ada.

Asumsi peneliti keluarga belum mengerti dan belum mampu dalam menangani maupun berinteraksi dengan anak yang memiliki masalah gangguan komunikasi verbal. Keluarga juga tidak terlalu setuju dengan Tindakan terapi musik.

Implementasi diagnosis ketiga yaitu risiko cedera yang pertama keluarga mampu mengenal masalah risiko cedera dengan edukasi pencegahan cedera, selanjutnya keluarga mampu mengambil Keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah risiko cedera, selanjutnya keluarga mampu merawat keluarga dengan risiko cedera dengan cara manajemen kejang.

Berdasarkan analisa peneliti implementasi pada resiko cedera pada anak sesuai dengan teori. Pada anak yang mengalami retardasi mental perlu selalu diperhatikan kegiatan dan lingkungan sekitarnya. Dikarenakan pada anak retardasi mental selalu mempunyai resiko cedera berkaitan dengan keadaan kognitifnya

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan. Evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan (Kholifah & Widagdo, 2016).

Evaluasi dari diagnosis pertama yaitu Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus. Didapatkan evaluasi dari keluarga Tn. H, keluarga sudah mengenal masalah kesehatan keluarganya khususnya An.R yaitu masalah gangguan tumbuh kembang dalam hal ini yaitu tentang retardasi mental. Sedangkan hasil objektif yang didapatkan Ny. V mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala serta akibat yang ditimbulkan. Hasil analisisnya masalah teratasi sebagian. Evaluasi selanjutnya Ny. V berkeinginan mengetahui cara merawat dan berinteraksi dengan anak gangguan tumbuh kembang khususnya tentang retardasi mental. Hasil objektifnya Ny. V mampu menyebutkan 3 dari 6 cara merawat dan 3 dari 5 cara berinteraksi dengan anak retardasi mental. Kemudian Ny. V juga termotivasi untuk membersihkan lingkungan agar anak ada keinginan untuk belajar. Hasil objektif lingkungan menjadi lebih bersih dan rapi. Kemudian keluarga mau memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Evaluasi dari diagnosis kedua yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental). Didapatkan evaluasi keluarga Tn. H khususnya Ny. V sudah tau masalah gangguan komunikasi verbal pada An. R. Ny. V juga termotivasi untuk membantu An. R untuk meningkatkan kemampuan komunikasi verbal/ berbicara An. R. evaluasi objektif didapatkan Ny. V sudah mampu untuk menjalankan

terapi music secara mandiri. Keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Evaluasi sementara masalah teratasi Sebagian.

Evaluasi dari diagnosis ketiga yaitu resiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif. Didapatkan evaluasi keluarga Tn. H khususnya Ny. V sudah mampu mengenali masalah risiko cedera pada An. R. Ny. V juga sudah bisa mengambil Keputusan dan termotivasi untuk menjaga anaknya. Ny. V juga sudah mampu melakukan manajemen kejang dan meminimalisir risiko cedera khususnya jika terjadi kejang pada An. R secara mandiri. Keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Evaluasi sementara masalah teratasi Sebagian.

Berdasarkan hasil evaluasi keluarga Tn. H disimpulkan keluarga sudah mampu untuk menjalankan fungsi perawatan keluarga yaitu : mengenal masalah kesehatan, mampu mengambil keputusan yang tepat, mampu merawat anggota keluarga yang sakit, sudah memodifikasi lingkungan rumah yang aman dan nyaman, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Keluarga sudah mampu menerapkan demonstrasi yang telah diajarkan selama kunjungan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian asuhan keperawatan keluarga Tn. H dengan An. R yang mengalami retardasi mental di wilayah kerja puskesmas Nanggalo Padang. Peneliti menyimpulkan bahwa

1. Pada saat pengkajian didapatkan kesamaan antara data pada kasus dengan teori yang ada. Keluhan yang dikatakan keluarga bapak S didapatkan yaitu An.R mengalami keterlambatan dalam perkembangan, pertumbuhan tidak sesuai dengan usianya, dan belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri serta memiliki IQ dibawah normal yaitu 52.
2. Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada teori yang ada yaitu 5 diagnosis keperawatan sedangkan pada kasus didapatkan 3 diagnosis keperawatan. Prioritas diagnosis keperawatan pada kasus ini yaitu gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan inkonsistensi respon, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental), dan risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan idiopatik.
3. Intervensi yang dilakukan dirumuskan berdasarkan diagnosis yang didapatkan dan berdasarkan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mampu mengambil keputusan yang tepat, mampu merawat anggota keluarga yang sakit, mampu memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

4. Implementasi mulai dilakukan pada tanggal 6 maret 2024. Implementasi yang telah dilaksanakan pada diagnosis pertama yaitu melakukan penyuluhan tentang retardasi mental, membimbing dan memotivasi keluarga dalam mengambil keputusan untuk mencegah terjadinya komplikasi retardasi mental, melakukan penyuluhan tentang cara merawat dan berinteraksi dengan anak retardasi mental, mendemonstrasikan modifikasi lingkungan dan mendiskusikan mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan pada keluarga.
5. Pada tahap akhir peneliti mengevaluasi klien dan keluarga pada tanggal 21 maret 2024, mengenai tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan catatan perkembangan dengan metode SOAP. Evaluasi yang didapatkan keluarga sudah mengenal retardasi mental mulai dari pengertian, penyebab, tanda gejala, dan komplikasi. Keluarga sudah mengetahui cara merawat dan berinteraksi dengan anak retardasi mental serta An. R sudah mampu mendemonstrasikan cara menggosok gigi secara benar. Keluarga mengambil keputusan dalam mengatasi masalah retardasi mental, keluarga dapat memodifikasi lingkungan dan keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah retardasi mental An.R

B. Saran

Berdasarkan hasil dari tindakan asuhan keperawatan keluarga dengan anak retardasi mental di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang, maka penulis ingin memberi saran sebagai berikut:

1. Bagi Puskesmas

Diharapkan kepada pihak puskesmas agar dapat menggunakan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai acuan untuk menangani klien dengan masalah yang sama dan dapat memonitor Masyarakat dengan masalah yang sama

2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya dalam melakukan pengkajian lebih mendalam lagi mengenai keluhan dan kebiasaan hidup klien, agar dapat menegakkan diagnosa yang tepat.

3. Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga mampu melanjutkan kegiatan yang telah diajarkan atau melakukan terapi secara mandiri kepada An. R agar kemandiriannya meningkat dan tidak terlalu bergantung kepada orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, Aman et. a. 2014. “Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori Dan Aplikasi Praktik Klinik.”
- Ardiansyah, I. (2016). Pengaruh dukungan sosial keluarga terhadap kemandirian sosial anak tuna grahita ringan di Sekolah Dasar SLB Negeri 01 Jakarta Selatan. 4(1), 1–23.
- Ayu, Ririn. 2019. “Gambaran Peran Orang Tua Yang Memiliki Anak Retardasi Menta Dengan Perkembangan Sosial Baik Dan Buruk Di SLB-BC Mitra Amanda Bayudono Boyolali.” 53(9):1689–99.
- Budiarti, M dan Dewi, C. 2017. Analisis Kesulitan Belajar Siswa Mental Retardation di SDN Kedungputri 2 (Studi Kasus di SDN Kedungputri 2, Paron Kabupaten Ngawi). MUADDIB: Studi Kependidikan dan Keislaman. 7(2). 132-143
- Dion, Y., Yasinta B. 2015. Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik. Yogyakarta: Nuha Media.
- EggersK. *et al.* (2018). *Speech disfluencies in children with Down Syndrome J. Commun. Disorders*
- Elizabeth B. Hurlock. (2014). Psikologi Perkembangan. Jakarta : PT. Gelora Aksara Pratama.
- Elizabeth B. Hurlock. (2015). Perkembangan Anak. Jakarta: Erlangga
- ErM.B. et al. (2021). *Parkinson’s detection based on combined CNN and LSTM using enhanced speech signals with variational mode decomposition*. Biomed. Signal Process. Control
- Febrianti. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Gout Arthritis di Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/299/1/Untitled.pdf>
- Feist, J. & Gregory J. Feist. (2018). Theories of Personality (Edisi Keenam). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Friedman. (2014). Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Riset, teori, dan praktik) Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Friedman.(2014). Keperawatan keluarga.Yogyakarta: Gosyen Publishing

- Glover, McCormack, and Smith. (2015). Collaboration between teachers and speech and language therapists: Services for primary school children with speech, language and communication needs. *Child Language Teaching and Therapy*, Vol 31(3) 363-382.
- Hockenberry, M.J & Wilson, D. (2019). *Essential of Pediatric Nursing*. St. Louis Missouri:
- Husnaniyah, D, Riyanto, Kamsari (2022). *Buku Ajar Keperawatan keluarga*. Yogyakarta: CV BUDI UTAMA.
- Jankowski, W. Nicholas. (2015). *Community Media, in the Information Age; perspective and prospect*. Broadway : Hampton Press.
- Kaakinen, J. R., Steele, R., Coehlo, D. P., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research (Sixth)*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Kartika, I. (2017). *Buku Ajar Dasar-Dasar Riset Keperawatan dan Pengelolaan Data Statistik*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kemendikbudristek.2023. *Rangkuman Statistik Pendidikan Dasar dan Menengah 2023/2024 Pusat Data dan Statistik Pendidikan dan Kebudayaan*. Jakarta:Setjen.Kemendikbud
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Cegah Retardasi Mental dan Stunting, Kementerian Kesehatan Mewajibkan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) di Seluruh Fasyankes di Indonesia*.Jakarta
- Kholifah, Siti Nur dan Wahyu Widagdo.2016.*Keperawatan Keluarga dan Komunitas*.Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Kishore, M., Udipi, G., & Seshadri, S. (2019). Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of intellectual Disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(2), pp. 194–210.
- Kuffer, David. 2013. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 5th ed.
- Kusumaningrum, Y. (2019). Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi
- Kyle, Terri. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Pediatric*. Jakarta:EGC.

- Maidartati, Hayati, S., & Aminah, E. S. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Perawatan Diri Anak Retardasi Mental Ringan-Sedang di SLB Cicalengka. *Jurnal Keperawatan Galuh*, 1-Nomor 2, 86–95.
- Mosby Hubel & Campell. (2014). Towards Strengthening Social and Family Relationships In Child Sexual Abuse Victims; Child Advocacy Center Based Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23:304-325.
- Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi). Yogyakarta: Andi.
- Ns. Tri Wahyuni, S. Kep, M. Kep, MNS Ns. Parliani, dan S. Kep Dwiva Hayati. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dilengkapi Riset & Praktik*. Disunting oleh Resa Awahita. 1 ed. Vol. 1. Sukabumi: Jejak.
- Panzilion, P., Padila, P., Tria, G., Amin, M., & Andri, J. (2020). Perkembangan Motorik Prasekolah antara Intervensi Brain Gym dengan Puzzle. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 510–519
- Prabowo, Eko. 2014. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pratiwi, I.C dkk. (2017). “Kemampuan kognitif anak retardasi mental berdasarkan status gizi.” *Public Health Perspective Journal* 2(1):19–25.
- Pudjibudojo, J. K., Handadari, W., Wulandari, P. Y., Kesumaningsari, N. P. A., Bawono, Y., Sugiarto, H. W., ... Warni, W. E. (2019). Bunga Rampai Psikologi Perkembangan: Memahami Dinamika Perkembangan Anak. Sidoarjo: Zifatama Jawara.
- R. dan P. S. Lisinus, Pembinaan Anak Berkebutuhan Khusus (Sebuah Perspektif Bimbingan dan Konseling), Pertama. Medan: Yayasan Kita Menulis, 2020.
- Ratri, Dinie. 2016. Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus. Yogyakarta: Psikosain
- Sandu Siyuto, & Sodik Ali. (2015). *Dasar Metode Penelitian*. Yogyakarta: Literasi Media publishing.

- Siregar, D, Evanny, I, Riama, M, Martina, P, Yenni, F, Christie, L, Maria, M , Marianna, R, Ni Wayan, T, Evelyn, H, Idauli, S, Jeanny, R, Lia, K, Palupi, T. (2020). Keperawatan Keluarga. Yayasan kita menulis.
- Sudiharto, Sudiharto. 2014. “Retardasi Mental.” Jurnal Keperawatan Indonesia6(1):21–27.
- Sularyo, Titi Sunarwati, and Muzal Kadim. 2016. “Retardasi Mental.” Sari Pediatri2(3):170.
- Susy, Yuniarti, Dkk. 2016. “Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Dengan Retardasi Mental.” (January 2002):20050266.
- Syahda Syukrianti & Mazdarianti. 2016. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian Anak Retardasi Mental Di Sdlb Bangkinang Tahun 2018 <http://stkiptam.ac.id/indeks.php/basicedu>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- WHO.(2022). World Mental Health Report
- Yunita, R. (2018). Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kecemasan Dan Motivasi Keluarga Dalam Merawat Anak Retardasi Mental Ringan Di Slb Dharma Asih Kraksaan Probolinggo. Journal of Borneo Holistic Health, 1(2), 190-204.

LAMPIRA

**LAMPIRAN
GANTT CHART**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANAK USIA SEKOLAH
DENGAN RETARDASI MENTAL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
NANGGALO KOTA PADANG
TAHUN 2024**

NO	Kegiatan	Agustus				September				oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	Konsultasi Dan Acc Judul Proposal																																												
2	Pembuatan Proposal dan konsultasi																																												
3	Pendaftaran Sidang Proposal																																												
4	Sidang Proposal																																												
5	Perbaikan Proposal																																												
6	Penelitian dan Penyusunan																																												
7	Pendaftaran Ujian KTI																																												
8	Sidang KTI																																												
9	Perbaikan KTI																																												
10	Pengumpulan Perbaikan KTI																																												
11	Publikasi Hasil KTI																																												

Padang, November 2024

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Mahasiswa

Ns.Verra Widhi
Astuti,S.Kep,M.Kep
NIP : 19910225 201902 2001

Heppi
Sasmita,S.Kp.M.Kep,Sp.Jiwa
NIP : 19701020 199303 2002

Muhammad Khairul
Hamzah
NIM. 213110130

STATUS MENTAL

1. Cara berpakaian

(+) Tidak Rapi () Penggunaan Pakaian Tidak Sesuai

(+) Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : An. R terlihat memakai baju tidak rapi dan kadang memakai baju dan celana dengan keadaan terbalik

Masalah keperawatan :

2. Pembicaraan

() Cepat () Keras (+) Gagap () inkoheran

() Apatis (+) Lambat () Membisu (+) tidak mampu memulai bicara

Jelaskan : An. R terlihat berbicara gagap dan lambat, An. R juga tidak mampu memulai pembicaraan, jadi peneliti harus memancing kata pertama agar An. R dapat memulai pembicaraan

Masalah Keperawatan :

3. Aktivitas Motorik:

(+) Lesu () Tegang () Gelisah () Agitasi

() Tik () Grimasen () Tremor () Kompulsif

Jelaskan : Dalam melakukan aktivitas motoric An. R terlihat lesu dan tidak bersemangat , Ketika Ny. V meminta tolong mengambilkan sesuatu, An. R terlihat tidak bersemangat dalam melakukannya

Masalah Keperawatan :

4. Alam perasaan

(+) Sedih () Ketakutan () Putus asa (+) Khawatir

() Gembira berlebihan

Jelaskan : Menurut Ny. V , An. R mulai terlihat sedih semenjak adiknya meninggal dunia

Masalah Keperawatan :

5. Afek

(+) Datar () Tumpul () Labil () Tidak sesuai

Jelaskan : dalam pengkajian, An. R terlihat ekspresi wajahnya datar

Masalah Keperawatan :

6. Interaksi selama wawancara

- ☐ bermusuhan ☐ Tidak kooperatif ☐ Mudah tersinggung
☒ Kontak mata kurang ☐ Defensif ☐ Curiga

Jelaskan : Dalam pengkajian kontak mata An. R Nampak kurang

Masalah Keperawatan :

7. Persepsi / Halusinasi

- ☐ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Perabaan
☐ Pengecapan ☐ Penghidu

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

8. Proses Pikir

- ☐ sirkumtansial ☐ tangensial ☐ kehilangan asosiasi
☐ flight of idea ☐ blocking ☒ pengulangan pembicaraan/persevarasi

Jelaskan : An. R selalu mengulang kata atau kalimat yang sama selama pengkajian

Masalah Keperawatan :

9. Isi Pikir

- ☒ Obsesi ☐ Fobia ☐ Hipokondria
☐ Depersonalisasi ☐ ide yang terkait ☐ pikiran magis

Waham

- ☐ Agama ☐ Somatik ☐ Kebesaran Curiga
☐ nihilistic ☐ sisip pikir ☐ Siar pikir ☐ Kontrol pikir

Jelaskan : An. R memiliki obsesi terhadap kelapa sawit, hal ini terlihat setiap kunjungan anak R selalu membicarakan tentang kelapa sawit yang pembahasannya mungkin tidak bisa dimengerti oleh orang awam

Masalah Keperawatan :

10. Tingkat kesadaran

- ☒ Bingung ☐ sedasi ☐ stupor

Disorientasi

(+) waktu () tempat (+) orang

Jelaskan : Setiap pengkajian An. R terlihat bingung dan selalu lupa nama peneliti dan hari Ketika kunjungan

Masalah Keperawatan :

11. Memori

() Gangguan daya ingat jangka panjang

() Gangguan daya ingat jangka pendek

() gangguan daya ingat saat ini

() konfabulasi

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

(+) mudah beralih (+) tidak mampu konsentrasi

() Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Saat ditanya sesuatu, An. R terlihat sering teralihkan oleh sesuatu yang dia lihat karena kurangnya kontak mata

Masalah Keperawatan :

13. Kemampuan penilaian

(+) Gangguan ringan () gangguan bermakna

Jelaskan : An. R menilai sesuatu seperti emosi Ny. V dengan penilaian yang berbeda

Masalah Keperawatan :

14. Daya tilik diri

() mengingkari penyakit yang diderita

() menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

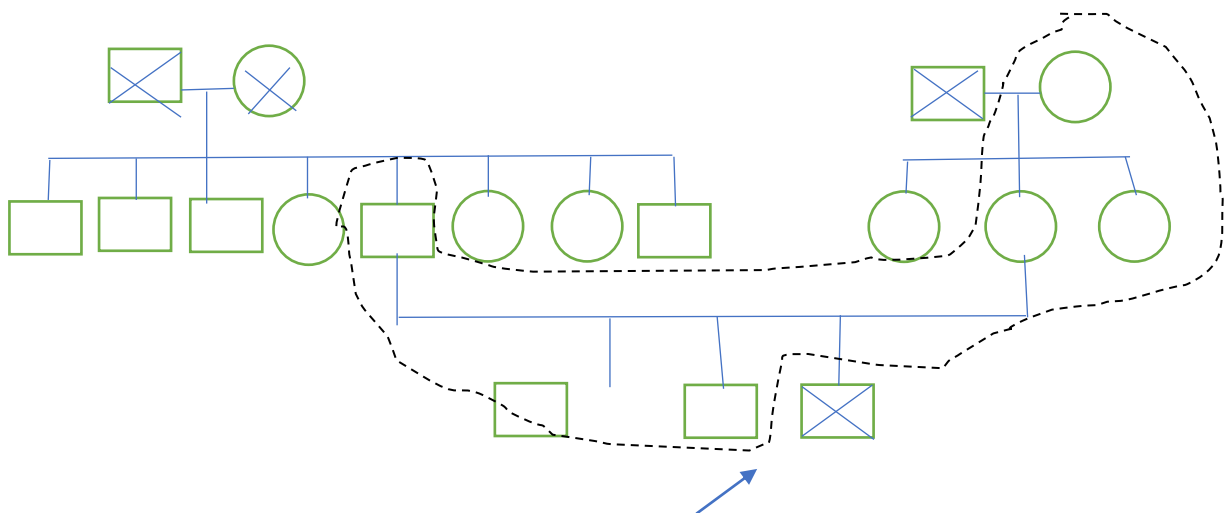
FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA (Friedman)

A. Data umum

1. Nama KK : Tn. H
2. Umur KK : 47 tahun
3. Alamat : Komplek PGRI 2
4. No. Telephon : 0821703225xx
5. Pekerjaan : Guru SD
6. Pendidikan : Sarjana
7. Susunan Anggota Keluarga :

No	Nama	Sex (L/P)	Tgl Lahir (umur)	Gol Darah	Pendidikan	Pekerjaan	Hubungan
	Ny. V	P	24-4-1977(47)		SMA	IRT	Istri
	An. I	L	5-9-2003(21)		S1	Mahasiswa	Anak
	An. R	L	15-8-2009(15)		Sd	Siswa	Anak

Genogram (dibuat 3 generasi)



8. Tipe Keluarga

Tipe keluarga Tn.H merupakan keluarga inti. Dimana keluarga Tn. H terdiri dari Ny. V sebagai istri dan memiliki 2 orang anak yaitu An. I dan An. R.

9. Latar belakang kebudayaan (etnik)

Keluarga Tn. H terdiri dari Tn. H bersuku tanjung dan Ny. V bersuku Chaniago serta kedua orang anaknya mengikuti suku ibunya. Keluarga Tn. H berlatar budaya minang.

10. Identifikasi religius

Keluarga Tn. H beragama islam. Ny. V mengatakan Tn. H agamanya sangat kental dikarenakan beliau adalah seorang guru agama. Ny. V mengatakan anak-anaknya diajarkan agama islam sangat ketat oleh ayahnya tersebut. An. R terkadang ikut mengaji pada sore hari di mesjid dekat tempat tinggalnya. Keluarga Tn. H percaya bahwa kesehatan berasal dari pemberian dari Allah swt.

11. Status kelas sosial

Keluarga Tn. H merupakan keluarga dengan status ekonomi menengah kebawah, yang mana sudah mampu memenuhi kebutuhan dasar keluarga seperti kebutuhan pangan dan kebutuhan sehari-hari. Tn. H merupakan kepala keluarga yang mencari nafkah sebagai guru dan sudah berstatus sebagai P3K. Tn. H berpenghasilan sekitar 1 sampai 2 jutaan setiap bulannya. Sedangkan pengeluaran keluarga Tn. H kurang dari sejuta setiap bulannya. Ny. V sehari-hari berprofesi sebagai ibu rumah tangga yang mengurus semua kebutuhan keluarga di rumah. Di rumah Tn. H terdapat 1

unit televisi, 1 unit kulkas, 2 unit kipas angin, 1 unit mesin cuci, 2 unit sepeda motor dan 1 buah ruko yang disewakan sebagai tempat salon.

12. Mobilitas kelas sosial

Untuk melakukan aktivitas atau kegiatan harian, Tn.H dan Ny.V biasanya menggunakan sepeda motor.

B. Riwayat Keluarga dan Tahap Perkembangan

13. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tn. H memiliki 2 orang anak, anak pertama berusia 20 tahun dan anak kedua berusia 15 tahun. Maka keluarga Tn. H berada pada tahap perkembangan keluarga 6, yaitu Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda.

14. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahapan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu keluarga Tn.H belum bisa melepas anak tertuanya, karena masih butuh nafkah dari Tn.H.

15. Riwayat keluarga inti

- a. Tn. H : Ny.V mengatakan tidak ada keluhan Kesehatan pada Tn.H. Tn. H merupakan perokok berat.
- b. Ny. V : Ny. V mengatakan sering merasa pusing dan mual dengan tekanan darah 150/98 mmHg. Kalau merasa pusing biasanya Ny.V meminum obat hipertensi milik ibunya yang menderita hipertensi.
- c. An. I : An. I mengatakan tidak ada keluhan Kesehatan dan tidak pernah sakit akhir-akhir ini.
- d. An. R : Ny. V mengatakan minggu lalu An.R sempat dirawat di RS. Ibnu Sina karena epilepsi. An. R sudah menderita epilepsi sejak 2 tahun yang lalu dan rutin meminum obat. Ny. V mengatakan An.R lambat merespon perkataan, pembicaraan tidak nyambung dan sering terlihat bingung. An.R juga tidak ada nafsu

makan. Ny. V mengatakan An. R terlihat sulit mengungkapkan sesuatu sehingga Ny. V juga bingung melihatnya. An. R sulit melakukan aktivitas harian seperti mandi dan makan sehingga An. R bergantung kepada ibunya. An. R suka membahas tentang kelapa sawit. An. R memiliki minat di music dan dance yang mana itu ditentang oleh ayahnya yang merupakan seorang guru agama. Ny. V mengatakan semenjak adiknya meninggal, An. R lebih suka menyendiri karena dia begitu dekat dengan almarhum adiknya. Ny. V pernah menyekolahkan An. R di SLB Kasih Ummi selama 3 tahun namun Tn. H menentangnya dan memilih menyekolahkan An. R di sekolah konvensional. An. R sekarang masih kelas 4 SD dengan umurnya yang sudah setara dengan anak SMP.

16. Riwayat keluarga sebelumnya

- a. Tn. H : Ny. V mengatakan keluarga Tn. H memiliki Riwayat penyakit gula.
- b. Ny. V : Ny. V mengatakan keluarganya memiliki Riwayat hipertensi dan rutin meminum obat serta kontrol setiap bulannya.
- c. An. I : Ny. V mengatakan anaknya tersebut tidak memiliki Riwayat penyakit hipertensi maupun gula.
- d. An. R : Ny. V mengatakan An. R lahir secara normal dan tidak ada masalah selama kehamilan. An. R juga mendapat imunisasi lengkap. Ny. V menyadari anaknya memiliki keterbatasan dalam komunikasi dan sosial sehingga membawanya ke rumah sakit. Atas saran dokter Ny. V menyekolahkan anaknya di SLB. Selama beberapa tahun Tn. H tidak melihat perkembangan pada anaknya sehingga memilih memindahkan anaknya ke sekolah konvensional. Selama di sekolah konvensional An. R sudah beberapa kali tinggal kelas dan hanya mampu sampai kelas 4 Sd. An. R juga menderita epilepsi sejak 2 tahun yang lalu dan Ny. V tidak tau apa penyebabnya. Ny. V mengatakan dulu An. R sangat dekat dengan almarhum adiknya, namun semenjak adiknya meninggal An. R jarang berkomunikasi dengan keluarga dan lebih sering bermian

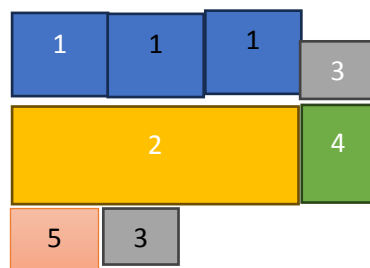
sendiri di luar. An. R pernah melakukan test iq dan mendapat nilai 52, yang mana termasuk retardasi mental ringan.

C. Data Lingkungan

17. Karakteristik rumah

Ny. V mengatakan rumah yang dihuninya sekarang merupakan rumah ibunya. Didalam rumah tersebut terdapat 3 KK yaitu, KK ibunya, KK keluarga adiknya, dan KK keluarga Ny. V . Bangunan rumah Ny. V merupakan bangunan permanen dengan atap seng, lantai dari semen yang ditutupi dengan karpet, memiliki 3 kamar tidur dan 2 kamar mandi, ruang Tengah dan ruang tamu menyatu, dapur, dan terdapat sebuah ruko yang disewakan menjadi tempat salon. Kondisi didalam rumah cukup berantakan dengan pakaian di ruang Tengah yang berantakan, pencahayaan kurang dan sedikit lembab. Sumber air berasal dari PDAM dan air untuk diminum berasal dari air galon. Pekarangan rumah sangat kecil dan biasanya digunakan untuk parker motor. Terdapat pagar yang membatasi rumah dengan jalan raya.

Denah rumah



1 : Kamar tidur

2 : Ruang Keluarga dan Ruang Tamu

3 : Kamar mandi

4 : Dapur

5 : Kontrakan(salon)

18. Karakteristik lingkungan tempat tinggal dan masyarakat

Tempat tinggal Ny. V berada di tepi jalan raya. Di sebelah kanannya hanya tanah kosong dan sebelah kirinya Semak-semak. Hanya terdapat satu rumah di Seberang jalan.

19. Mobilitas geografis keluarga

Ny. V tidak pernah pindah rumah karena sudah tinggal di rumah ibunya sejak dulu.

20. Interaksi sosial keluarga dengan masyarakat

Karena lingkungan tempat tinggal Ny. V tidak ada tetangga dan rumah-rumah berjauhan, jadi interaksi sosial kurang terjadi di keluarga Ny. V .

21. Sumber Pendukung Keluarga

Keluarga Ny. V memiliki sumber pendukung Kesehatan berupa BPJS kelas 3 untuk semua anggota keluarganya. Sistem pendukung keluarga Ny.V adalah Tn. H yang berperan sebagai kepala keluarga dan mencari nafkah serta memutuskan segala hal.

D. Struktur Keluarga

22. Pola dan Komunikasi Keluarga

Pola komunikasi keluarga Ny. V adalah komunikasi keluarga pada umumnya yang mana menggunakan Bahasa minang dan Bahasa Indonesia. Ny. V mengatakan hanya komunikasi dengan An. R yang kurang berjalan

baik, karena An. R sulit untuk mengungkapkan sesuatu dan jika diajak ngobrol sering tidak nyambung.

23. Struktur Kekuatan

Kekuatan tertinggi dari keluarga Ny. V adalah Tn. H , yang mana dalam mengambil segala Keputusan adalah tugas dan perannya dalam keluarga.

24. Struktur Peran

Tn. H berperan sebagai kepala keluarga, suami bagi Ny. V , ayah dari anak-anaknya, mencari nafkah serta melindungi keluarganya. Ny. V berperan sebagai istri Tn. H , ibu rumah tangga dan pemberi kasih sayang kepada anak-anaknya. An. I dan An. R berperan sebagai anak dan penerima kasih sayang dalam keluarga.

25. Nilai-Nilai Keluarga

Tn. H menerapkan nilai-nilai agama islam sangat ketat dalam keluarganya, karena dia merupakan seorang guru agama.

E. Fungsi Keluarga

26. Fungsi Afektif

Keluarga Tn. H kurang menjalani fungsi afektifnya, karena lebih memilih menyekolahkan An. R di sekolah konvensional daripada SLB.

27. Fungsi Sosialisasi

Karena lingkungan tempat tinggal keluarga Tn. H yang tidak memiliki tetangga, sehingga menyebabkan fungsi sosial kurang berjalan. Ny. V

mengatakan biasanya pada malam hari keluarganya berkumpul dan bercengkrama.

28. Fungsi Ekonomi

Dalam menjalani fungsi ekonomi, Tn. H bekerja sebagai guru di sebuah SD untuk menafkahi keluarganya.

29. Fungsi Perawatan Kesehatan

a. Kemampuan Keluarga Dalam mengenal masalah

Ny. V mengatakan dia sudah tau mengenai kondisi An. R yang mengalami retarasi mental dan epilepsy

b. Kemampuan Keluarga dalam Mengambil Keputusan

Ny. V mengatakan jika An. R epilepsinya kambuh langsung dibawa ke rumah sakit, serta rutin cek Kesehatan ke puskesmas.

c. Kemampuan Keluarga dalam merawat keluarga yang sakit

Ny. V mengatakan sudah berusaha untuk selalu mengawasi An. R jika dia kesulitan dalam melakukan apapun.

d. Kemampuan Keluarga dalam Memodifikasi Lingkungan

Keluarga terlihat kurang memahami lingkungan yang sehat an pentingnya lingkungan yang baik dan sehat berpengaruh terhadap Kesehatan keluarga.

e. Kemampuan Keluarga dalam memanfaatkan fasilitas Kesehatan yang ada

Ny. V mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit maka langsung dibawa ke puskesmas atau rumah sakit

30. Fungsi Reproduksi

Ny. V mengatakan dirinya sekarang sudah steril

F. Stress dan Koping Keluarga

31. Stressor jangka pendek

Ny. V mengatakan karena An. R mengalami epilepsi minggu lalu, jadi dia khawatir jika anaknya mengalami itu Kembali

32. Stressor jangka panjang

Ny. V mengatakan ia cemas jika epilepsi An.R sering kambuh. Ny. V juga khawatir dengan masa depan anaknya tersebut karena tidak bisa melakukan apapun secara mandiri dan terlalu bergantung kepada dirinya.

33. Strategi koping yang digunakan keluarga

Dalam menghadapi masalah yang ada, Ny. V mengatakan cukup cemas menghadapinya, karena Ny. V sering beradu argument dengan Tn. H

G. Pemeriksaan Fisik

No	Jenis pemeriksaan	Tn. H	Ny. V	Anak I	Anak R
1.	TTV : Tensi : Suhu : Nadi : Nafas :	120/79 mmHg 80x/i 24x/i	147/98 mmHg 97x/i 20x/i	120/80 mmHg 88x/i 21x/i	117/69 mmHg 90x/i 24x/i
2.	Kulit, rambut dan kuku.	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Kulit sawo matang, rambut berantakan,kuku

No	Jenis pemeriksaan	Tn. H	Ny. V	Anak I	Anak R
					Panjang an kotor
3.	Kepala, leher	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Bentuk normal, tidak ada benjolan
4.	Thoraks dan paru	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
3.	Abdomen	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak ada asites
4.	Genitalia	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
5.	Ekstremitas atas + refleks fisiologis	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji
6.	Ekstremitas bawah + refleks fisiologis	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji	Tidak terkaji

ANALISA DATA

No.	DATA	MASALAH	PENYEBAB
1	Ds a. Ny. V mengatakan An. R sulit mengungkapkan apa yang dirasakannya. b. Ny. V mengatakan ngobrol dengan An. R sering tidak nyambung Do a. Menunjukkan respon tidak sesuai b. Disfasia c. Pelo d. Gagap e. Sulit memahami komunikasi f. Sulit menggunakan ekspresi wajah g. Sulit menyusun kalimat h. Verbalisasi tidak tepat i. Sulit mengungkapkan kata-kaata j. Disorientasi orang,	Gangguan Komunikasi Verbal	Hambatan Psikologis(retardasi mental)

	ruang, dan waktu		
2	Ds a. Ny. V mengatakan An.R mengalami keterlambatan perkembangan tidak sesuai dengan anak seumurannya b. Ny . V mengatakan An. R belum bisa menjaga kebersihan diri snediri c. Do a. Tidak mampu melakukan keterampilan khas sesuai usia (psikososial) b. Afek datar c. Respon sosial lambat d. Kontak mata tidak ada e. Nafsu makan menurun f. kebingungan	Gangguan Tumbuh Kembang	Defisiensi stimulus
3	Ds a. Ny. V mengatakan khawatir anaknya kembali masuk rumah sakit b. Ny. V khawatir tentang kelanjutan	Ketegangan peran pemberi asuhan	Persaingan komitmen peran pemberi asuhan

	perawatan anaknya c. Ny. V khawatir jika kelak dia tidak mampu lagi merawat anaknya Do a. Sulit melakukan tugas merawat anaknya (mis. Jika Ny. V tidak ada dirumah) b. Tn. H terlihat tidak senang ketika membahas kondisi anaknya.		
4	Ds a. Ny. V mengatakan anaknya mengalami epilepsi sejak 2 tahun yang lalu b. Ny. V mengatakan anaknya mengalami kejang ketika anaknya mendengar suara yang keras Do a. An. R terlihat kejang b. An. R terlihat kejang selama beberapa menit	Risiko cedera	Perubahan fungsi kognitif

	ketika mendengar suara knalpot motor yang berisik		
5	Ds a. Ny. V mengatakan kurang memahami masalah kesehatan An.R b. Ny. V mengatakan kesulitan melakukan perawatan pada An.R Do a. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan An.R tidak tepat b. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi risiko	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak efektif	Konflik pengambilan keputusan

PRIORITAS MASALAH

Dx: Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat Masalah * Aktual = 3 * Resiko = 2 * Potensial = 1	1	$3/3 \times 1$ $= 1$	Masalah bersifat aktual karena sudah terdapat tanda dan gejala pada An.R, seperti kontak mata kurang, susah memahami perkataan, gagap, pelo, dll
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah * Tinggi = 2 * Sedang = 1 * Rendah = 0	2	$1/2 \times 2$ $= 1$	Kemungkinan masalah dapat diubah sedang karena faktor ekonomi yang kurang, support keluarga terutama Tn. H kurang, dan lingkungan tempat tinggal yang kurang memadai
3.	Potensial untuk dicegah * Mudah = 3 * Cukup = 2 * Tidak dapat = 1	1	$2/3 \times 1$ $= 2/3$	Masalah cukup bisa dicegah karena Ny. V mendukung supaya anaknya dapat berkomunikasi

				dengan baik
4.	Menonjolnya masalah * Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2 * Masalah dirasakan = 1 * Masalah tidak dirasakan = 0	1	2/2 x 1 =1	Masalah sudah dirasakan oleh An.R dan perlu segera ditangani supaya tidak terjadi kompromi dan An. R dapat berkomunikasi dengan baik.
	Total Skore		3,2/3	

Dx : Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat Masalah * Aktual = 3 * Resiko = 2 * Potensial = 1	1	3/3 x 1 =1	Masalah bersifat aktual karena sudah terdapat tanda dan gejala pada An.R, seperti tidak dapat melakukan aktivitas khusus seperti anak seusianya, tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari sehingga terlalu bergantung pada Ny. V.
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah * Tinggi = 2 * Sedang = 1 * Rendah = 0	2	2/2 x 2 = 2	Kemungkinan masalah dapat diubah tinggi karena Ny. V sangat mengharapkan anaknya dapat berubah setidaknya dapat melakukan kegiatan harian secara mandiri.
3.	Potensial untuk dicegah * Mudah = 3	1	2/3 x 1 = 2/3	Masalah cukup bisa dicegah karena Ny. V mendukung supaya

	* Cukup = 2 * Tidak dapat = 1			anaknya dapat melakukan kegiatan harian secara mandiri
4.	Menonjolnya masalah * Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2 * Masalah dirasakan = 1 * Masalah tidak dirasakan = 0	1	$2/2 \times 1$ =1	Masalah sudah dirasakan oleh An.R dan perlu segera ditangani supaya kelak di masa depan An. R bisa mandiri.
	Total Skore		4,2/3	

Dx : Ketegangan peran pemberi asuhan berhubungan dengan persaingan komitmen peran pemberi asuhan

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat Masalah * Aktual = 3 * Resiko = 2 * Potensial = 1	1	$2/3 \times 1$ =2/3	Masalah bersifat resiko, karena terdapat perbedaan pendapat antara Tn. H dengan Ny. V tentang cara merawat An. R
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah * Tinggi = 2 * Sedang = 1 * Rendah = 0	2	$1/2 \times 2$ = 1	Kemungkinan masalah dapat diubah sedang karena Ny. V dan Tn. H memiliki pendapat berbeda tentang cara merawat An. R.
3.	Potensial untuk dicegah * Mudah = 3 * Cukup = 2 * Tidak dapat = 1	1	$2/3 \times 1$ = 2/3	Masalah cukup bisa dicegah karena Ny. V mendukung supaya anaknya bisa seperti anak-anak seusianya.
4.	Menonjolnya masalah * Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2	1	$1/2 \times 1$ =1/2	Masalah dirasakan tetapi tidak perlu segera ditangani

	* Masalah dirasakan = 1 * Masalah tidak dirasakan = 0			karena kadang-kadang Tn. H mendengarkan pendapat Ny. V tentang kondisi An. R.
	Total Skore		2,5/6	

Dx : Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat Masalah * Aktual = 3 * Resiko = 2 * Potensial = 1	1	$3/3 \times 1$ $= 1$	Masalah bersifat aktual karena sudah menderita selama 2 tahun.
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah * Tinggi = 2 * Sedang = 1 * Rendah = 0	2	$1/2 \times 2$ $= 1$	Kemungkinan masalah dapat diubah sedang karena An. R rutin meminum obat.
3.	Potensial untuk dicegah * Mudah = 3 * Cukup = 2 * Tidak dapat = 1	1	$1/3 \times 1$ $= 1/3$	Masalah tidak dapat dicegah karena epilepsi tidak bisa disembuhkan
4.	Menonjolnya masalah * Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2 * Masalah dirasakan = 1 * Masalah tidak dirasakan = 0	1	$1/2 \times 1$ $= 1/2$	Masalah sudah dirasakan oleh An.R dan sudah bisa ditangani dengan obat yang rutin diminumnya.

	Total Skore		2,5/6	
--	--------------------	--	--------------	--

Dx : Manajemen Kesehatan Keluarga tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat Masalah * Aktual = 3 * Resiko = 2 * Potensial = 1	1	$1/3 \times 1$ $= 1/3$	Masalah bersifat potensial karena Ny. V mengatakan sulit untuk melakukan perawatan pada An. R.
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah * Tinggi = 2 * Sedang = 1 * Rendah = 0	2	$1/2 \times 2$ $= 1$	Kemungkinan masalah dapat diubah sedang karena terdapat perbedaan pendapat antara Ny. V dan Tn. H tentang cara merawat An.R.
3.	Potensial untuk dicegah * Mudah = 3 * Cukup = 2 * Tidak dapat = 1	1	$2/3 \times 1$ $= 2/3$	Masalah cukup bisa dicegah karena Ny. V mengatakan bisa mengambil keputusan sendiri jika tidak ada Tn.H.
4.	Menonjolnya masalah * Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2	1	$1/2 \times 1$ $= 1/2$	Masalah sudah dirasakan tetapi masih bisa diatasi

	* Masalah dirasakan = 1 * Masalah tidak dirasakan = 0			dengan musyawarah.
	Total Skore		2,1/2	

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. (D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus
2. (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)
3. (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.
4. (D.0124) Ketegangan peran pemberi asuhan berhubungan dengan persaingan komitmen peran pemberi asuhan
5. (D.0115) Manajemen Kesehatan Keluarga tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan

Diambil 3 diagnosis utama.

1. (D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus
2. (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)
3. (D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
D.0106 Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan inkonsistensi Respon.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status perkembangan membaik	TUK 1: Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengenal gangguan tumbuh kembang	Tingkat pengetahuan (L.12111) 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi Dukungan keluarga	1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik dari 2-5 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan dari 2-5 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dari 2-5	Edukasi stimulasi anak (Stimulasi Tumbuh Kembang Anak (I. 12448)) 1. Edukasi kesiapan orang tua dalam menerima informasi. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Berikan pujian atas keberhasilan orang tua.

		Tuk 2 : Mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit	(L. 13112) 1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit Status Pertumbuhan (L. 10102) : 1. berat badan sesuai usia meningkat. 2. Panjang atau	1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari 2-5 1. berat badan sesuai usia meningkat.	Dukungan keluarga merencanakan perawatan, (L. 13477) 1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan 2. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga 3. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan. 4. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal 5. Ajarkan cara perawatan yang biasa dilakukan keluarga.
--	--	---	--	--	--

		Tuk 3 : Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	tinggi badan sesuai usia meningkat. 3. Lingkar kepala meningkat. 4. Asupan nutrisi meningkat Keamanan lingkungan (L. 14126) 1. Pemeliharaan rumah 2. Pencapaian	2. Panjang atau tinggi badan sesuai usia meningkat. 3. Lingkar kepala meningkat. 4. Asupan nutrisi meningkat 1. Pemeliharaan rumah	Perawatan Perkembangan (I. 10339) : 1) Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak. 2) Berikan sentuhan yang gentle atau tidak ragu-ragu. 3) Motivasi anak untuk berinteraksi dengan anak lain. 4) Pertahankan kenyamanan anak. 5) Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. 6) Ajarkan anak keterampilan berinteraksi. 7) Ajarkan anak teknik asertif(kemampuan mengkomunikasikan apa yang diinginkan).
--	--	--	--	--	--

		Tuk 4 : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	eksterior 3. Pencahayaan interior 4. Kebersihan hunian Ketahanan keluarga (L. 09074) 1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk	dari 2-5 2. Pencahayaan eksterior dari 2-5 3. Pencahayaan interior dari 2-5 4. Kebersihan hunian dari 2-5 1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi dari 2-5	Edukasi keselamatan lingkungan (I. 12384) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi bahaya keamanan di lingkungan 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Pengenalan fasilitas (I. 14549) 1. Identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan
--	--	--	---	---	---

		Tuk 5 : Keluarga mampu memanfaatkan faskes untuk mengatasi masalah kesehatan	mendapatkan bantuan	2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan bantuan 2-5	
(D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan psikologis	Setelah dilakukan tindakan kepeawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat	TUK 1: Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengenal Gangguan komunikasi	Tingkat pengetahuan (L.12111) 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic 2. Perilaku sesuai dengan	1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik dari 2-5 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan dari 2-5	Promosi Komunikasi : Defisit Bicara(I.1.13492) 1. Monitor kecewaan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan

(retardasi mental)		verbal	pengetahuan 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi Dukungan keluarga (L. 13112) 1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga	3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dari 2-5 1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk	dengan bicara 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (menulis/ papan komunikasi dengan gambar dan huruf) 4. sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (berdiri di depan klien,dll) 5. ulangi apa yang disampaikan klien 6. anjurkan bicara perlahan 7. ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Dukungan keluarga merencanakan perawatan, (I. 13477)
		Tuk 2 : Mampu			

		mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit	yang sakit	mendukung anggota keluarga yang sakit dari 2-5	1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan 2. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga 3. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan. 4. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal 5. Ajarkan cara perawatan yang biasa dilakukan keluarga.
			Status Pertumbuhan (L. 10102) : 1. berat badan sesuai usia meningkat. 2. Panjang atau tinggi badan sesuai usia meningkat.	1. berat badan sesuai usia meningkat. 2. Panjang atau tinggi badan	Terapi Musik (I.1.08250) 1. Identifikasi perubahan

		Tuk 3 : Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	3. Lingkar kepala meningkat. 4. Asupan nutrisi meningkat Keamanan lingkungan (L. 14126) 1. Pemeliharaan rumah 2. Pencahayaan eksterior 3. Pencahayaan interior 4. Kebersihan	sesuai usia meningkat. 3. Lingkar kepala meningkat. 4. Asupan nutrisi meningkat 1. Pemeliharaan rumah dari 2-5 2. Pencahayaan	perilaku / fisiologis yang akan dicapai (stimulasi) 2. Identifikasi minat terhadap music 3. Identifikasi music yang disukai 4. Pilih music yang disukai 5. Sediakan peralatan terapi music 6. Atur volume suara yang sesuai 7. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi music Edukasi keselamatan
--	--	--	---	---	---

		Tuk 4 : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	hunian Ketahanan keluarga (L. 09074) 1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan bantuan	eksterior dari 2-5 3. Pencahaya an interior dari 2-5 4. Kebersiha n hunian dari 2-5 1. Memanfaa tkan tenaga kesehatan untuk mendapatk an informasi dari 2-5 2. Memanfaa tkan tenaga	lingkungan (I. 12384) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi bahaya keamanan di lingkungan 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Pengenalan fasilitas (I. 14549) 1. Identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan
		Tuk 5 :			

		Keluarga mampu memanfaatkan faskes untuk mengatasi masalah kesehatan		kesehatan untuk mendapatkan bantuan 2-5	
(D.0136) Risiko cedera ditandai dengan perubahan fungsi kognitif.	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Tingkat cedera menurun	Tuk 1 : keluarga mampu mengenal masalah Setelah dilakukan kunjungan 1 x 45 menit keluarga mampu mengenal masalah	Tingkat pengetahuan (L. 12111) 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik dari 2-5 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan dari 2-5 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dari 2-5	Pencegahan Cedera (1.14537) 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Identifikasi kesesuaian alas kaki 3. Sediakan pencahayaan yang memadai 4. Gunakan lampu tidur selama tidur 5. Sediakan alas kaki anti slip 6. Pastikan

		Tuk 2 : Keluarga mampu mengambil keputusan Setelah dilakukan kunjungan 1 x 45 menit keluarga mampu mengambil keputusan untuk	Dukungan keluarga (L. 13112) 1. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit	1) Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari 2-5	barang-barang pribadi mudah dijangkau 7. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah Dukungan pengambilan keputusan (I. 09265) 1. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan 2. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif 3. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Berikan
--	--	---	---	---	--

		merawat keluarga yang sakit Tuk 3 : Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	Perfusi Serebral (L.02014) 1. kognitif 2. gelisah 3. kecemasan 4. tingkat kesadaran	1. kognitif dari 3-5 2. gelisah dari 3-5 3. kecemasan dari 3-5 4. tingkat kesadaran dari 3-5	informasi yang diminta pasien Manajemen Kejang (I.1.06193) 8. Monitor terjadinya kejang berulang 9. Monitor karakteristik kejang 10. Monitor tanda-tanda vital 11. Baringkan pasien agar tidak jatuh 12. Berikan alas empuk dibawah kepala 13. Longgarkan pakaian 14. Dampingi selama periode kejang
--	--	--	--	---	---

		Tuk 4 : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Keamanan lingkungan (L. 14126) 1. Pemeliharaan rumah 2. Pencahayaan eksterior 3. Pencahayaan interior 4. Kebersihan hunian	1. Pemeliharaan rumah dari 2-5 2. Pencahayaan eksterior dari 2-5 3. Pencahayaan interior dari 2-5 4. Kebersihan hunian dari 2-5	15. Catat durasi kejang 16. Kolaborasi pemberian antikonvulsan. Edukasi keamanan anak(I. 12378) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. anjurkan memantau anak saat berada di tempat yang beresiko 6. anjurkan
--	--	--	--	--	--

		Tuk 5 : Keluarga mampu memanfaatkan faskes untuk mengatasi masalah kesehatan	Ketahanan keluarga (L. 09074) 1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan bantuan	1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi dari 2-5 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan bantuan 2-5	menutup sumber Listrik 7. anjurkan mengatur perabotan rumah 8. anjurkan menyimpan benda berbahaya Pengenalan fasilitas (L. 14549) 1. Identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan
--	--	---	---	--	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No.	Hari, Tanggal, Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	8 maret 2024	D.0106 Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan inkonsistensi Respon.	Edukasi stimulasi anak (Stimulasi Tumbuh Kembang Anak (I. 12448)) 1. memberikan Edukasi kesiapan orang tua dalam menerima informasi. 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya 5. Memberikan pujian atas keberhasilan orang tua.	S: Ny V. mengatakan mengerti dengan keterlambatan perkembangan anaknya dikarenakan anaknya mengalami retardasi mental O: Ny. V tampak bisa menyebutkan tanda dan gejala retardasi mental A: Edukasi stimulasi anak (Stimulasi tumbuh kembang anak tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 2
2	9 maret 2024		Dukungan keluarga merencanakan	S: Ny. V mengatakan sudah tau

			perawatan, (I. 13477) 1. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan 2. Mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga 3. Memberikan motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan. 4. Menciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal 5. Mengajarkan cara perawatan yang biasa dilakukan keluarga.	Langkah yang diambilnya mengenai kondisi anaknya, yaitu dengan melakukan pemeriksaan rutin ke puskesmas terdekat O: Ny. V tampak bisa menyebutkan Langkah apa yang diambil untuk mengatasi masalah anaknya A: Dukungan keluarga merencanakan perawatan tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 3
3	10 Maret 2024		Perawatan Perkembangan (I. 10339) : 1) Mengidentifikasi pencapaian tugas perkembangan anak. 2) Memberikan sentuhan yang gentle atau	S: Ny. V mengatakan sudah tau kegiatan apa saja yang dapat menunjang perkembangan anaknya O: Ny. V Nampak bisa menyebutkan Kembali rangkaian kegiatan harian untuk menunjang

			tidak ragu-ragu. 3) Memberikan motivasi anak untuk berinteraksi dengan anak lain. 4) Mempertahankan kenyamanan anak. 5) Menganjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya. 6) Mengajarkan anak keterampilan berinteraksi. 7) Mengajarkan anak teknik asertif(kemampuan mengkomunikasikan apa yang diinginkan).	perkembangan anaknya A: Perawatan perkembangan tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 4
4	11 Maret 2024		Edukasi keselamatan lingkungan (I. 12384) 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi bahaya	S: Ny. V mengatakan sudah bisa menjaga lingkungan agar tetap aman dan nyaman. O: Ny. V Nampak bisa menjaga lingkungan seperti membuka

			keamanan di lingkungan 3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Memberikan kesempatan untuk bertanya	jendela dipagi hari,tidak menumpuk pakaian yang sudah kering, menyediakan tempat sampah yang dapat dijangkau oleh anaknya A: Edukasi keselamatan lingkungan tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 5
5	12 Maret 2024		Pengenalan fasilitas (I.14549) 1. Mengidentifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan	S: Ny. V mengatakan sudah mengetahui fasilitas yang ada untuk menunjang perkembangan anaknya O: Ny. V Nampak bisa menyebutkan contoh fasilitas Kesehatan yang ada A: pengenalan fasilitas tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke diagnose 2
6	13 Maret 2024	(D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal	Promosi Komunikasi : Defisit Bicara(I.1.13492)	S: Ny. V mengatakan sudah tau

		berhubungan dengan hambatan psikologis (retardasi mental)	1. Memonitor kecewaan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Menggunakan metode komunikasi alternatif (menulis/ papan komunikasi dengan gambar dan huruf) 4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (berdiri di depan klien, dll) 5. Mengulangi apa yang disampaikan klien 6. Mengajarkan bicara perlahan 7. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara	penyebab anaknya berbicara terbata-bata dan sulit mengungkapkan sesuatu karena kondisi anaknya (retardasi mental) O: An. R terlihat berbicara dengan terbata-bata A: Promosi komunikasi : defisit bicara tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 2
7	14 Maret 2024		Dukungan keluarga merencanakan perawatan, (I. 13477) 1. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga	S: Ny.V mengatakan sudah tau Langkah apa yang diambil Ketika melihat anaknya kesulitan dalam berbicara, seperti menanyakan

			tentang kesehatan 2. Mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga 3. Memberikan motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan. 4. Menciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal 5. Mengajarkan cara perawatan yang biasa dilakukan keluarga.	maksud perkataan anaknya, mengulangi kalimat anaknya, berbicara dengan pelan O: An. R terlihat mengangguk atau menggeleng jika kesulitan berbicara A: Dukungan keluarga merencanakan perawatan tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 3
8	15 Maret 2024		Terapi Musik (I.1.08250) 1. Mengidentifikasi perubahan perilaku / fisiologis yang akan dicapai (stimulasi) 2. Mengidentifikasi minat terhadap music 3. Mengidentifikasi music yang disukai 4. Memilih music yang disukai 5. Menyediakan peralatan terapi music	S: Ny. V mengatakan sudah bisa melatih anaknya untuk menghafal beberapa kata lewat music, karena An. R suka mendengarkan music O: An. R terlihat mendengarkan music dengan ceria A: Terapi music tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 4

			6. Mengatur volume suara yang sesuai 7. Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi music	
9	16 Maret 2024		Edukasi keselamatan lingkungan (I. 12384) 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi bahaya keamanan di lingkungan 3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Memberikan kesempatan untuk bertanya	S: Ny. V mengatakan sudah bisa memodifikasi lingkungan untuk menunjang kemampuan komunikasi verbal anaknya, seperti menyediakan speaker dan headset O: Ny. V Nampak menyediakan speaker dan headset A: Edukasi Keselamatan lingkungan tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke diagnose 3
10	18 Maret 2024	(D.0017) Risiko Perfusi Serebral tidak	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.1.06194)	S: Ny. V mengatakan sudah tau apaitu epilepsy, tanda dan gejalanya,

		efektif dibuktikan dengan Idiopatik	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Memonitor status pernafasan 4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5. Mencegah terjadinya kejang 6. Memposisikan semi fowler 7. Melakukan kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan	terbukti Ny. V bisa menyebutkan pengertian epilepsy dan beberapa tanda dan gejalanya O: Ny. V tampak bisa menyebutkan pengertian, tanda dan gejala epilepsi A: Manajemen peningkatan tekanan intracranial tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 2
11	19 Maret 2024		Dukungan pengambilan keputusan (I. 09265) 1. Memberi motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan 2. Memfasilitasi	S: Ny. V mengatakan sudah tau Langkah apa yang diambil Ketika epilepsy anaknya kambuh O: Ny. V Nampak bisa menyebutkan Langkah yang

			pegambilan keputusan secara kolaboratif 3. Menghormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Memberikan informasi yang diminta pasien	diambil Ketika epilepsy anaknya kambuh A: Dukungan pengambilan Keputusan tercapai P: Intervensi dilanjutkan ke TUK 3
12	20 Maret 2024		Manajemen Kejang (I.1.06193) 1. Memonitor terjadinya kejang berulang 2. Memonitor karakteristik kejang 3. Memonitor tanda-tanda vital 4. Membaringkan pasien agar tidak jatuh 5. Memberikan alas empuk dibawah kepala 6. Melonggarkan pakaian 7. Mendampingi selama periode	S: Ny. V mengatakan sudah tau cara menangani anaknya jika kejang, yaitu membawa ke igd atau meminumkan obat anti kejang yang diberikan dokter O: Ny. V Nampak bisa menyebutkan cara menangani anaknya jika kejang, yaitu membawa ke igd atau meminumkan obat anti kejang yang diberikan dokter A: Manajemen kejang tercapai P: intervensi dihentikan

			kejang 8. Mencatat durasi kejang 9. Melakukan kolaborasi pemberian antikonvulsan.	
--	--	--	---	--

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Muhammad Khairul Hamzah
 Nim : 213110130
 Pembimbing II : Ns. Verra Widhi Asih, S.Kep, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anak Dengan Retardasi Mental di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Tahun 2024

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	13-7-2024	Konsultasi diagnosis	
2	15-7-2024	Konsul format pengkajian(revisi genogram, pengkajian)	
3	16-7-2024	Konsul format pengkajian(Skala prioritas, Intervensi yang dilakukan, evaluasi SOAP)	
4	18-9-2024	Konsul pembuatan BAB 4 dan 5	
5	6-11-2024	Revisi BAB 4 (penulisan BAB 4 dengan cara naratif)	
6	11-11-2024	Revisi BAB 4 (Setiap intervensi-implementasi-evaluasi dijelaskan detail setiap diagnosis)	
7	12-11-2024	Revisi BAB 4 (Menambahkan teori dan penelitian orang lain)	
8	14-11-2024	Revisi BAB 4-5	
9	16-11-2024	ACC sidang	

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Muhammad Khairul Hamzah
 NIM : 213110130
 Pembimbing I : Henny Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Twa.
 Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anak Dengan Retardasi Mental di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Tahun 2024

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	20-7-2024	Konsul diagnosa	
2	6-11-2024	Konsul format pengkajian	
3	15-11-2024	Revisi BAB 4-5(menambahkan hasil penelitian orang lain, menambahkan tanggal pada implementasi dan evaluasi)	
4	17-11-2024	Revisi BAB 1-5	
5	18/11-2024	Revisi BAB 6-8	
6	20/11-2024	Acc sidang hasil.	
7			
8			
9			
10			



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Padang
Jalan Simpang Pondok Sari Nanggalo
Padang, Sumatera Barat 25146
Telp. (075) 7850125
Email: info@poltekkes-pgk.ac.id

K Nomor : PP-03.01/2467/2024
Perihal : **Penelitian**

23 Februari 2024

Kepada Yth :
Kepala Dinas Pariwisata, Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Di,
Tanjung

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penugasan Kerja Tesis Akhir (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Genap TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

NO	NAMA	NIM	JUDUL KTI	LAMA PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Muhammad Khairul Hamzah	213310130	Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anak Dengan Retardasi Mental di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang	26 Februari 2024 - 6 April 2024	Puskesmas Nanggalo Kota Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan budi daya Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Poltekkes Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang,



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jwa



PEMERINTAH KOTA PADANG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Jendral Sudirman No. 1 Padang Telp/Fax 07513087130
Email : dpt@padang.go.id Website : www.padang.go.id

REKOMENDASI

Nomor : 070.87975/DPNPPSP.FV03/2024

Kejadian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang setelah menerima dan mempelajari :

1. Dasar :

- Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rekomendasi Penelitian;
- Peraturan Walikota Padang Nomor 11 Tahun 2022 tentang Pendayagunaan Wewenang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko dan Non Perizinan Kepada Kepala Dinas Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
- Surat dari Peraturan Sekretaris RI Padang Nomor : PP.82.81/2487/2024;

2. Surat Persetujuan Berhimpunan Jawah penelitian yang bersangkutan tanggal 05 Maret 2024

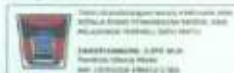
Demikian ini memberikan persetujuan Penelitian / Survei / Penelitian / PKL / PKL (Pengalaman Belajar Lapangan) di wilayah Kota Padang sesuai dengan permohonan yang bersangkutan :

Nama	Muhammad Khairul Husein
Tempat/Tanggal Lahir	Pematangsari / 10 Oktober 2001
Pekerjaan/Jabatan	Mahasiswa
Alamat	Kampung Galuh Jorong Galuh, Kecamatan, Kecamatan Jorong Kiri, Kabupaten Solok, Sumatera Barat
Nomor Handphone	08138892718
Nasional Penelitian	Tugas Akhir
Lama Penelitian	05 Maret 2024 s.d. 06 April 2024
Judul Penelitian	Analisis Kepuasan Karyawan Pada Aspek Dengan Beharwal Mental & Wilayah Kerja Penelitian Negeripada Kota Padang
Tempat Penelitian	Pusat Kota Padang
Anggota	

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- Berkas yang diserahkan dan diterima Penerima dan Tala Tertulis di Daerah setempat / Lokasi Penelitian;
- Pelaksanaan penelitian agar tidak mengganggu aktivitas tugas yang dapat mengganggu ketertarikan keamanan dan ketertarikan di daerah setempat; lokasi Penelitian;
- Wajib melaksanakan prosedur kesehatan Covid-19 selama berkegiatan di lokasi Penelitian;
- Mengembalikan hasil penelitian dan laporan kepada Wali Kota Padang melalui: Kantor Kamling dan Politik Kota Padang;
- Bila terjadi pengulangan dari masalah yang penelitian ini, maka Rekomendasi ini tidak berlaku dengan otomatisasi.

Padang, 05 Maret 2024



Terselenggara :

- Wali Kota Padang
- Wakil Wali Kota Padang
- Sekretaris Daerah Kota Padang
- Kejadian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang

*Informasi ini tidak dapat dipertanggungjawabkan secara hukum apabila digunakan untuk tujuan lain yang tidak sesuai dengan tujuan yang dimaksudkan oleh Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang.

*Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang tidak bertanggung jawab atas kerugian yang timbul akibat penggunaan informasi yang terdapat dalam dokumen ini.

INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Responden : Vera Aprians

Usia/Tgl. Lahir : 34-4-1977

Pesanggung jawab : Vera Aprians

Hubungan : Orang tua

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini nama Rizma Norela Putri, NIM 213210139, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurnas Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Dengan ini saya tandai tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, _____ 2024

Responden

Vera Aprians

2.

ORIGINALITY REPORT

18% SIMILARITY INDEX	20% INTERNET SOURCES	4% PUBLICATIONS	9% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	8%
2	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	3%
3	promkesrsmh.blogspot.com Internet Source	2%
4	www.scribd.com Internet Source	1%
5	repository.unej.ac.id Internet Source	1%
6	docplayer.info Internet Source	1%
7	sharekeperawatan.blogspot.com Internet Source	1%
8	www.dokumenakreditasipuskesmasfktf.com Internet Source	1%
9	repository.stikesdrsoebandi.ac.id Internet Source	1%
10	repository.um-surabaya.ac.id Internet Source	1%
11	pdfcoffee.com Internet Source	1%



Rotasi



Slideshow



Berbagi



Cari