

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Konsep Keluarga**

#### 1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010)

Pengertian keluarga menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) adalah unit terkecil dan utama dalam masyarakat yang dibangun untuk memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang Iayak, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang memiliki hubungan yang sama, selaras, seimbang antar anggota keluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

Definisi keluarga menurut Bakri (2020) jika digunakan sebagai referensi secara luas adalah:

- a. Keluarga adalah kelompok kecil; terdiri atas dua orang atau lebih;
- b. adanya catatan sipil seperti perkawinan dan kelahiran;
- c. hidup dalam satu rumah;
- d. berinteraksi sesama anggota keluarga
- e. setiap anggota keluarga memiliki peran masing-masing;

f. menciptakan dan mempertahankan suatu tradisi tertentu.

## 2. Tipe Keluarga

Menurut Bakri (2020) secara umum, tipe keluarga terbagi menjadi keluarga tradisional dan keluarga modern (nontradisional).

a. Tipe keluarga tradisional, terdiri atas beberapa tipe di bawah ini.

### 1) Keluarga Inti (*The Nuclear Family*)

Keluarga kecil yang biasanya terdiri atas suami, istri, dan anak (dapat disertai satu anak atau lebih) dan tinggal dalam satu rumah dan saling menjaga.

### 2) Keluarga Dyad (*Pasangan Inti*)

Suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri yang biasanya baru saja menikah. Mereka berkeluarga tetapi belum memiliki anak atau belum berencana untuk memiliki anak.

### 3) *Single Parent*,

Seseorang yang sudah tidak memiliki pasangan lagi bisa karena perceraian atau kematian. *Single parent* mensyaratkan anak, baik kandung atau angkat karena apabila sendirian tidak bisa dikatakan keluarga meskipun sebelumnya pernah berumah tangga.

### 4) Keluarga *Single Adult* (Bujang dewasa)

Pasangan yang berpisah untuk sementara karena kepentingan tertentu, seperti bekerja dan belajar. Seseorang yang sudah dewasa tinggal jauh dari rumah memutuskan

untuk menyewa kontrakan/indekos. Orang dewasa tersebut yang dinamakan *single adult*.

5) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Keluarga yang merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Biasanya tidak hidup satu atap karena jika salah satu menikah dan memiliki anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak, dan terus berkelanjutan hingga semakin membesar. Anggota keluarga besar misalnya bibi, paman, kakek, nenek, cucu, keponakan, dll.

b. Tipe keluarga yang kedua adalah tipe keluarga moderen (nontradisional) menurut Bakri (2020), sebagai berikut:

1) *Unmarried Teenage Mother*

Perempuan yang merawat anaknya seorang diri tanpa ada ikatan pernikahan dengan siapapun sebelumnya. Hal tersebut termasuk kategori keluarga.

2) *Reconsisted Nuclear*

Keluarga yang berpisah lalu bersama kembali dan membentuk keluarga inti melalui ikatan pernikahan. Mereka tinggal bersama anak dari pernikahan sebelumnya, maupun pernikahan baru.

3) *The Stepparent Family*

Kehidupan antara anak hasil adopsi oleh suami-istri (sudah memiliki anak ataupun belum), dengan orang tua tirinya.

4) *Cohabiting Couple*

Orang dewasa berasal dari satu daerah atau negara yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena alasan tertentu.

5) *Gay and Lesbian Family*

Seorang yang dengan persamaan jenis kelamin tinggal satu rumah selayaknya pasangan suami-istri (*marital partners*).

6) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*

Pasangan yang tinggal bersama dalam waktu singkat dan tanpa ikatan pernikahan. Setelah itu, mereka akan berganti pasangan lagi.

7) *Foster Family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara sampai anak tersebut bisa bertemu kembali dengan orang tua kandungnya. Bisa juga seseorang yang menitipkan anaknya pada orang lain dalam jangka waktu tertentu hingga ia kembali mengambil anaknya.

8) *Commune Family*

Keluarga yang hidup dalam penampungan atau bersepakat hidup satu atap dengan jangka waktu yang singkat maupun lama.

9) *Group-Marriage Family*

Orang dewasa yang menggunakan perkakas rumah tangga secara bersamaan dan merasa sudah menikah, sehingga berbagi adalah hal seksual. Mereka juga membesarkan anaknya bersama-sama.

10) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan dan nilai-nilai, hidup bersama, menggunakan barang untuk bersama, memiliki tanggung jawab untuk membesarkan anak-anaknya.

11) *Institusional*

Seseorang baik anak-anak maupun dewasa yang hidup di panti dengan alasan dititipkan oleh keluarga, atau ditemukan lalu ditampung oleh panti/dinas sosial.

12) *Homeless Family*

Keluarga yang tidak memiliki perlindungan permanen yang biasanya karena faktor ekonomi atau kesehatan mental.

## 3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, yang dikutip oleh Bakri (2020) ada lima poin fungsi keluarga, yaitu:

a. Fungsi Reproduksi Keluarga

Fungsi adanya hubungan suami-istri terkait dengan pola reproduksi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan sebuah keluarga.

b. Fungsi Sosial Keluarga

Fungsi untuk mengembangkan dan melatih anak hidup bersosialisasi sebelum meninggalkan rumah dan berhubungan dengan orang lain. Mereka belajar disiplin, norma-norma, budaya, dan perilaku.

c. Fungsi Afektif Keluarga

Fungsi afektif keluarga hanya bisa didapatkan di dalam keluarga, tidak dari pihak luar. Fungsi ini berkaitan dengan cara anggota keluarga berhubungan baik supaya dekat satu sama lain. Ada beberapa komponen seperti saling mendukung, menghormati, dan saling asuh. Pengalaman yang didapatkan di dalam keluarga akan membentuk perkembangan individu dan psikologis anggota keluarga.

d. Fungsi Ekonomi Keluarga

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi Perawatan Keluarga

Keluarga adalah perawat primer bagi anggotanya. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan keluarga.

4. Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga menurut Duvall dalam Bakri (2020) dibagi menjadi 8 tahap, yaitu:

a. Keluarga Baru (*Bargaining Family*)

Dimulai ketika adanya suatu perkawinan. Pada tahap ini pasangan memiliki tugas perkembangan untuk membina hubungan intim yang memuaskan dan membuat kesepakatan untuk tujuan bersama, termasuk di dalamnya merencanakan anak dan persiapan menjadi orang tua.

b. Keluarga dengan Anak Pertama < 30 bulan (*Child Bearing*)

Dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan, masa ini juga disebut masa transisi. Pada masa ini sering timbul konflik karena kecemburuan adanya orang baru yang lebih mendapatkan banyak perhatian. Tugas dari perkembangan ini yaitu perlunya adaptasi dengan perubahan, mempertahankan keharmonisan suami-istri, berbagi peran dan tanggung jawab, dan mempersiapkan biaya untuk anak.

c. Keluarga dengan Anak Prasekolah

Dimulai sejak anak pertama berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Tugas dalam tahap ini yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak bersosialisasi dengan lingkungan di sekitarnya, berbagi tanggung jawab, mempertahankan hubungan keluarga, pandai membagi waktu untuk diri sendiri, pasangan, dan anak.

d. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (6-13 tahun)

Dimulai sejak anak pertama memasuki sekolah dasar sampai awal remaja. Pada tahap ini sosialisasi anak semakin meluas. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu anak diperhatikan minat dan bakatnya sehingga orang tua bisa mengarahkan dengan tepat, membekali anak dengan kegiatan yang menunjang kreatifitas supaya motoriknya berkembang, dan memperhatikan adanya efek yang ditimbulkan dari pergaulan dengan teman serta sekolahnya.

e. Keluarga dengan Anak Dewasa (Anak Pertama Meninggalkan Rumah)

Dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah. Tahap ini adalah keluarga menghadapi persiapan anak menjadi mandiri. Orang tua harus merelakan anak meninggalkan rumah untuk tujuan tertentu. Tugas perkembangan pada tahap ini, antara lain membantu dan mempersiapkan anak menjadi mandiri, menjaga

keharmonisan dengan pasangan, memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, persiapan mengasuh keluarga besar (orang tua pasangan) untuk memasuki masa tua, dan memberi teladan kepada anak-anak tentang lingkungan rumah yang positif.

f. Keluarga Usia Pertengahan (*Middle Age Family*)

Dimulai sejak anak terakhir meninggalkan rumah dan pasangan mulai menunjukkan tanda-tanda kemunduran fisik atau bahkan sudah meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini mempersiapkan hari tua, menyediakan lingkungan yang menjaga dan meningkatkan kesehatan, dan menjaga keharmonisan dengan pasangan dan anak-anak, teman, serta anggota keluarga lain.

g. Keluarga Lanjut Usia

Dimulai sejak terjadinya tanda-tanda kemunduran sampai meninggal, tahap ini adalah masa-masa akhir kehidupan. Tugas dalam tahapan ini adalah beradaptasi dengan perasaan kehilangan, melakukan *life review* atau penelaahan hidup, mempertahankan hubungan dengan pasangan, anak, dan anggota keluarga lain, mempertahankan kedamaian rumah, menjaga kesehatan, dan mempersiapkan kematian.

## **B. Konsep Down Syndrome**

### 1. Pengertian *Down Syndrome*

Menurut *World Health Organization* (WHO) pengertian *down syndrome* atau dalam Bahasa Indonesia disebut Sindrom Down (SD)

adalah jenis keterbelakangan mental yang disebabkan oleh tambahan materi genetik di kromosom 21. Hal ini dapat disebabkan oleh proses yang disebut *nondisjungsi*, di mana materi genetik gagal memisahkan diri selama proses pembentukan gamet sehingga menghasilkan tambahan kromosom yang disebut trisomi 21.

Sindrom Down (SD) merupakan suatu kelainan genetik yang paling sering terjadi dan paling mudah diidentifikasi. SD atau yang lebih dikenal sebagai kelainan genetik trisomi, di mana terdapat tambahan kromosom pada kromosom 21. Kromosom ekstra tersebut menyebabkan jumlah protein tertentu juga berlebih sehingga mengganggu pertumbuhan normal dari tubuh dan menyebabkan perubahan perkembangan otak yang sudah tertata sebelumnya. Selain itu, kelainan tersebut dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan fisik, ketidakmampuan belajar, penyakit jantung, bahkan kanker darah/leukemia. Kelainan ini sama sekali tidak berhubungan dengan ras, negara, agama, maupun status sosial ekonomi (Irwanto dkk, 2019).

## 2. Penyebab *Down Syndrome*

Berdasarkan Rina (2016) ada beberapa faktor yang menyebabkan anak *down syndrome*, yaitu:

### a. Faktor Biologis

Menurut penelitian oleh Jerome Lejuene (Gruenberg dalam Rina, 2016), bahwa anak dengan ciri khas mongoloid

terdapat 47 kromosom dalam tubuhnya daripada 46 kromosom pada orang normal. Terdapat 0,5%-1% penyimpangan pada kromosom bayi lahir yang diidentikkan dengan retardasi mental, infertilitas, dan penyimpangan yang multiple. Salah satu dari penyimpangan tersebut yaitu trisomi-21, penyimpangan tersebut dapat menyebabkan *down syndrome* karena *malformation* dari *nervus central* sehingga dapat berpengaruh pada perkembangan. *Birth injuries* dan komplikasi juga dapat menyebabkan retardasi. Contohnya yaitu *Anoxia* yang artinya kurangnya supply oksigen. Adanya *malnutrisi* pada masa perkembangan kognitif itu berbahaya, tepatnya pada lima bulan sebelum kelahiran dan sepuluh bulan setelah kelahiran.

b. Faktor Hereditas dan *Cultural Family*

Ada sebuah penelitian yang dilakukan dengan sample 88 ibu dengan kelas ekonomi rendah dan 586 anak dengan komposisi setengah dari sample tersebut memiliki IQ dibawah 80 sedangkan setengahnya memiliki IQ diatas 80. Dari hasil penelitian tersebut terbukti bahwa ibu dengan IQ dibawah 80, anaknya akan mengalami penurunan IQ selama memasuki masa sekolah (Herber, dever, & Conry dalam Rina, 2016). 1%-2% dari populasi dengan retardasi mental akan memproduksi 36% generasi retardasi mental pada periode selanjutnya. Sedangkan populasi keseluruhan yaitu 98%-99% akan memproduksi 64% anak dengan kelainan retardasi mental (Rina, 2016).

### 3. Ciri-ciri Penderita *Down Syndrome*

Ciri-ciri seorang penderita *down syndrome* menurut Irwanto dkk (2019), adalah sebagai berikut:

- a. Penderita *down syndrome* memiliki bentuk kepala yang relatif lebih kecil dibandingkan dengan orang normal (*microcephaly*) dengan area datar di bagian tengkuk.
- b. Seorang penderita *down syndrome* mempunyai paras muka yang hampir sama seperti muka orang Mongol. Bagian wajah biasanya tampak sela hidung yang datar, mempunyai pangkal hidung yang pendek. Jarak diantara 2 mata jauh dan berlebihan kulit di sudut dalam. Ukuran mulutnya kecil dan ukuran lidah yang besar mengakibatkan lidah selalu terjulur. Mulut yang mengecil dan lidah yang menonjol keluar (*macroglossia*). Pertumbuhan giginya lambat dan tidak teratur. Paras telinganya lebih rendah. Ukuran kepala biasanya lebih kecil dan sedikit lebar dari bagian depan ke belakang. Ukuran leher agak pendek.
- c. Manifestasi mulut pada penderita *down syndrome* biasanya terdapat gangguan mengunyah, menelan, dan berbicara. *Scrotal tongue*, rahang atas kecil (*hypoplasia maxilla*), keterlambatan pertumbuhan gigi, *hypodontia*, *juvenile periodontitis*, dan terkadang timbul bibir sumbing *Hypogenitalism* (penis, scrotum, dan testes kecil), *hypospadia*, *cryptorchism*, dan terjadi keterlambatan perkembangan pada pubertas.

- d. Ukuran tangan penderita *down syndrome* mayoritas pendek termasuk ruas jari-jarinya. Jarak jari pertama dan kedua, baik tangan atau kaki melebar. Disamping itu lapisan kulit biasanya mengalami kekeriputan (*dermatoglyphics*). Garis telapak tangan mereka melintang lurus/horizontal (*simian crease*). Penderita *down syndrome* juga mengalami penurunan tonus otot (*hypotonia*).
- e. Penderita *down syndrome* memiliki tubuh pendek. Kebanyakan orang dengan penyakit tersebut tidak mampu mencapai tinggi dewasa rata-rata.
- f. Kelainan struktur tulang dan otot yang berbeda pada *down syndrome* dengan individu normal. Seorang dengan *down syndrome* memiliki struktur oral, sistem tulang yang khusus dengan ketiadaan atau pengurangan tulang pertumbuhan, rongga mulut yang lebih kecil, dan posisi lidah yang lebih belakang. Perbedaan-perbedaan pada ukuran dan struktur lidah berkaitan dengan produksi konsonan lidah. Selanjutnya, otot wajah yang lemah akan membatasi pergerakan bibir yang berpengaruh pada produksi konsonan bibir dan huruf hidup yang bulat. Hipotonisitas umum yang memengaruhi pergerakan lidah dan bibir akan terlibat dalam semua aspek pada produksi bicara. Jika terdapat salah satu faktor tersebut, maka memiliki dampak pada gangguan pergerakan motorik terkait bicara dan memiliki negatif

pada kemampuan artikulasi dan fonatori pada seorang dengan *down syndrome*. (Stoel-Gammon C; Styles dkk dalam Irwanto dkk, 2019). Perkembangan bahasa dan bicara penderita *down syndrome* biasanya lebih lambat. Mereka mengalami kesulitan bicara secara spontan karena perbedaan anatomi dan ketulian karena otitis media (Down's Syndrome Association; Buckley S; dalam Irwanto dkk, 2019). Bray dan Woolnough pada tahun 1988 juga menemukan bahwa penderita *down syndrome* berbicara dengan tersendat-sendat, seperti bahasa telegraf yang pendek-pendek, dan juga cara pengucapan yang jelek akan mengakibatkan seseorang dengan kelainan *down syndrome* sulit dipahami, khususnya apabila mereka berkomunikasi dengan orang yang asing (Miller dkk dalam Irwanto dkk, 2019)

- g. Keterlambatan motorik. Menurut Sacks & Sandy ada beberapa faktor yang menyebabkan seseorang dengan *down syndrome* mengalami keterlambatan perkembangan motorik, antara lain faktor kognisi, hipotoni, kekuatan otot yang berkurang, sendi dan ligament yang longgar, serta faktor susunan tangan. Penelitian membuktikan bahwa penderita *down syndrome* mengalami kesulitan memproses informasi yang diterima oleh saraf mereka untuk kemudian dikoordinasikan menjadi sebuah gerakan. Proses tersebut membutuhkan waktu yang lebih lama. Semakin beragam keterampilan yang diberikan, semakin lama pula waktu yang

dibutuhkan untuk mengubah perintah ke dalam aksi. Hipotoni adalah kelemahan pada tonus otot. Hipotoni dapat menyebabkan gangguan motorik kasar dan halus. Contohnya, hipotoni menyebabkan otot perut sulit menahan keseimbangan pada saat berdiri. Akibatnya anak akan berdiri dengan bersandar pada meja (Hodapp RM dkk; Down's Syndrome Association; Sacks B dkk; Alton S; dalam Irwanto dkk, 2019).

#### 4. Masalah Kesehatan Penderita *Down Syndrome*

##### a. Masalah Endokrin atau Hormon

Pasien *down syndrome* memiliki angka kejadian tinggi kelainan perkembangan seksual dan keterlambatan pubertas pada penderita berjenis kelamin perempuan atau laki-laki. Pada perempuan, dilaporkan kelainan meliputi kurangnya gonad yang ditandai dengan terlambatnya menstruasi pertama (*menarche*) atau proses matangnya kelenjar adrenal (*adrenarche*). Pada laki-laki meliputi genitalia ambigu, kriptorkismus (testis yang tidak turun), micropenis (ukuran penis kecil), testis kecil dan sperma hidup yang rendah serta pertumbuhan rambut ketiak dan janggut yang sedikit (Hawli dkk dalam Irwanto dkk, 2019).

##### b. Masalah Saluran Pencernaan

Seseorang penderita *down syndrome* akan mengalami beberapa gejala saluran cerna dari waktu ke waktu seperti muntah, diare, sulit buang air besar (konstipasi), nyeri perut, dan

ketidaknyamanan yang dapat hilang dengan intervensi minimal atau bahkan tanpa terapi. Adanya penyempitan saluran cerna dan gangguan pembentukan sebagian saluran cerna dapat menyebabkan sumbatan di usus (Irwanto dkk, 2019).

c. Infeksi dan Gangguan Sistem Pertahanan Tubuh

Penderita *down syndrome* lebih mudah terkena infeksi dibandingkan orang normal. Kelainan sistem pertahanan tubuh (imunitas) yang berkaitan dengan *down syndrome* dihubungkan dengan proses metabolik atau kekurangan nutrisi yang menjadi faktor predisposisi pencetus infeksi. Faktor lain yang berpengaruh di antaranya yaitu kelainan struktur anatomi (misalnya saluran telinga sempit) dan kembalinya isi perut ke mulut dapat berperan dalam peningkatan kejadian infeksi saluran napas atas. Oleh sebab itu, seseorang dengan *down syndrome*, terutama anak-anak tetap memerlukan imunisasi yang tepat waktu sesuai jadwal seperti anak pada umumnya untuk memperkuat sistem kekebalan tubuh (Ram dan Chinen dalam Irwanto dkk, 2019).

d. Masalah Neurologi

Penelitian telah mencatat perbedaan anatomi dan fisiologis pada otak individu normal dan penderita *down syndrome*. Dua masalah neurologis yang terjadi dengan meningkatnya prevalensi penyakit *down syndrome* adalah Alzheimer dan kejang. Kedua kondisi tersebut meningkat seiring

dengan bertambahnya usia (Johannsen *et al* dalam Ross dan Olsen, 2014).

Kejang terjadi dalam tiga puncak (Trimodal): Pertama sebesar 40% terjadi pada mereka yang berusia kurang dari 1 tahun dan kedua sebesar 40% pada mereka yang berusia 20 sampai 30 tahun (Pueschel *et al* dalam Ross dan Olsen, 2014). Lalu puncak ketiga dari kejang diyakini ada korelasi dengan demensia Alzheimer yang terjadi di kemudian hari (Ross dan Olsen, 2014).

Hasil histopatologi yang konsisten terkait demensia ini terlihat pada usia 35 tahun. Namun, studi menunjukkan bahwa tidak semua penderita *down syndrome* timbul gejala klinis yang menyertainya. Mendiagnosis demensia Alzheimer pada pasien *down syndrome* dapat menjadi tantangan karena gejala awalnya hanyalah perubahan kepribadian dan perilaku, yang mana tidak spesifik (Ross dan Olsen, 2014).

e. Gangguan Telinga, Hidung, dan Tenggorokan

Penderita *down syndrome* sering mengalami gangguan pendengaran, baik sensorineural maupun konduktif. Obstruksi saluran napas merupakan masalah yang berat pada anak dan dewasa penderita *down syndrome*. Gejala yang sering muncul yaitu napas mendengkur, posisi tidur yang kurang lazim (duduk atau membungkuk sampai kepala menyentuh lutut), kelelahan di

siang hari, atau adanya perubahan perilaku (Saenz dalam Irwanto dkk, 2019).

f. Gangguan Penglihatan

Seseorang dengan *down syndrome* memiliki lipatan mata epikantus. Hal tersebut disebabkan oleh bagian luar *canthus* lebih tinggi dari pada bagian dalam, sehingga mata terlihat sipit dan agak ke atas yang memberi kesan seperti ras Mongol. Karakteristik pada mata lainnya adalah terdapat bintik putih pada iris yang dinamakan *brushfield spots*. Kelainan mata yang lain dapat berupa strabismus, nistagmus, kelainan refraksi, dan katarak kongenital. (Stoel-Gammon dalam Irwanto dkk, 2019).

5. Peran Keluarga Pada Penderita *Down Syndrome*

Mayoritas penderita *down syndrome* mempunyai masalah yang sama yaitu cara berkomunikasi, berperilaku dan emosi yang labil. Ada keterbatasan fungsi adaptif pada penyandang retardasi mental seperti *down syndrome* seperti keterampilan komunikasi, perawatan diri, tinggal di rumah, keterampilan interpersonal atau sosial, penggunaan sumber masyarakat, unjuk diri, keterampilan akademik, pekerjaan, kesehatan, dan keamanan (Videbeck, 2012). Hal ini menyebabkan keseharian seseorang dengan *down syndrome* mengalami kesulitan untuk berkegiatan yang berhubungan dengan kemandirian, seperti memakai baju, makan, mandi dan lain sebagainya. Keadaan tersebut menyebabkan keluarga sulit menerima keadaan anak dengan *down*

*syndrome*. Setiap keluarga memiliki reaksi yang berbeda terhadap fakta bahwa mereka memiliki anggota keluarga dengan *down syndrome*, sebagian besar memiliki perasaan yang hampir sama yaitu sedih, rasa tak percaya, menolak, marah, perasaan tidak mampu dan juga perasaan bersalah. (Fitria dkk, 2013)

Dukungan dan penerimaan dari lingkungan keluarga pada seorang dengan *down syndrome* akan memberikan kekuatan, kenyamanan dan keamanan serta meningkatkan kepercayaan diri, sehingga mereka cenderung tidak lagi mengasingkan diri. Dukungan dari keluarga besar dan kedekatan emosional akan membantu meminimalkan hambatan perkembangan yang dimiliki oleh penderita *down syndrome*. (Fitria dkk, 2013)

Peran lingkungan keluarga dapat berupa penerimaan dan dukungan keluarga yang berupa dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumen, dukungan penghargaan, dan dukungan jaringan sosial (Sarafino dalam Fitria dkk, 2013).

#### 6. Pencegahan dan Penanganan Penderita *Down Syndrome*

Untuk mencegah lahirnya anak *down syndrome* dapat dilakukan pemeriksaan sedini mungkin. Pemeriksaan tersebut berupa pemeriksaan kromosom untuk ibu hamil pada trimester pertama kehamilan, khususnya bagi ibu yang pernah melahirkan anak *down syndrome*. Ibu hamil dengan usia lebih dari 40 tahun harus lebih

berhati-hati dalam karena mereka berisiko lebih tinggi untuk melahirkan anak *down syndrome* (Infodatin Kemenkes RI, 2019).

Diagnosis *down syndrome* bisa dilakukan sejak dalam kandungan dengan analisis kromosom dengan cara CVS (mengambil sedikit bagian dari janin pada plasenta) di minggu 10-12 kehamilan atau dengan cara amniosentesis (mengambil air ketuban) di minggu 14-16 kehamilan (Infodatin Kemenkes RI, 2019).

Menurut Infodatin Kementerian Kesehatan RI (2019), kelainan kromosom juga dapat di deteksi dengan beberapa cara pemeriksaan untuk membantu penegakan diagnosis, antara lain :

- a. Pemeriksaan fisik penderita
- b. Pemeriksaan kromosom
- c. Ultrasonografi (USG)
- d. Ekokardiogram (ECG)
- e. Pemeriksaan darah (*Percutaneous Umbilical Blood Sampling*)

Sampai sekarang belum ada metode yang ditemukan efektif untuk mengatasi kelainan *down syndrome*. Pada perkembangan hidupnya, penderita *down syndrome* akan mengalami kemunduran dalam sistem penglihatan, pendengaran, maupun kemampuan fisiknya karena tonus-tonus ototnya yang lemah. Oleh karena itu, penderita dan keluarga harus memperoleh dukungan dan kemudahan untuk mengakses sarana dan fasilitas yang sesuai dengan kemunduran fisik dan mentalnya (Infodatin Kemenkes RI, 2019).

Penderita *down syndrome* tidak bisa sembuh, tetapi dengan dukungan dan perhatian yang maksimal, penderita *down syndrome* dapat tumbuh dan berkembang dengan bahagia. Dengan kemajuan teknologi dan pengobatan, masalah kesehatan yang mungkin muncul dapat teratasi mengingat angka harapan hidup penderita *down syndrome* yang meningkat (Infodatin Kemenkes RI, 2019).

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan *Down Syndrome***

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Tahapan asuhan keperawatan keluarga yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Keperawatan keluarga merupakan suatu kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga (Suprajitna dalam Bakri, 2020).

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah proses yang berkelanjutan dan dilakukan secara terus-menerus serta bertahap. Proses pengkajian tidak hanya dilakukan sekali. Frekuensi pengkajian dilakukan menurut kondisi subyek/pasien. Seorang perawat harus mampu menggambarkan keadaan/situasi subyek/pasien yang lampau dan saat ini, karena informasi tersebut (Bakri, 2020).

Hal-hal yang perlu dikaji dalam keperawatan keluarga menurut Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan *down*

*syndrome* menurut Bakri (2020); Townsend (2011); dan Carpenito (2013), yaitu:

a. Data Umum

Pengkajian data umum pada keperawatan keluarga berupa:

- 1) Identitas kepala keluarga
- 2) Komposisi keluarga
- 3) Tipe keluarga
- 4) Suku bangsa
- 5) Agama
- 6) Status sosial ekonomi keluarga
- 7) Aktifitas rekreasi keluarga

b. Genogram

Dengan adanya genogram, dapat diketahui faktor genetik atau faktor bawaan yang sudah ada pada manusia yang menimbulkan kecacatan mental *down syndrome*.

c. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga meliputi:

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu menjelaskan tentang tugas perkembangan yang belum dipenuhi oleh anggota keluarga serta kendala penyebab tugas tersebut belum terpenuhi.

- 3) Riwayat kesehatan keluarga yaitu menjelaskan tentang riwayat kesehatan pada keluarga inti yang berupa riwayat penyakit keturunan retardasi mental terutama *down syndrome*, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.
- 4) Riwayat keluarga sebelumnya yaitu menjelaskan tentang riwayat kesehatan keluarga dari pihak suami dan istri.

#### d. Data Lingkungan

##### 1) Karakteristik rumah

Keadaan rumah dapat mempengaruhi kesehatan penghuninya. Perawat membutuhkan pengkajian data karakteristik rumah yang dihuni oleh suatu keluarga dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan dan fungsinya, sirkulasi udara, dan sinar matahari yang masuk, pendingin udara, pencahayaan, banyaknya jendela, tata letak perabotan, penempatan *septic tank* beserta kapasitas dan jenisnya, sumber air dengan *septic tank*, konsumsi makanan olahan dan air minum keluarga, dan lain sebagainya.

## 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Pengkajian yang harus dilakukan yaitu keadaan lingkungan sekitar rumah. Beberapa yang harus dikaji seperti lingkungan fisik, kebiasaan, kesepakatan atau aturan penduduk setempat, dan budaya yang mempengaruhi kesehatan.

## 3) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Interaksi selain dengan tetangga dan lingkup RT-RW, karena setiap individu mempunyai ruang lingkup pergaulan masing-masing. Interaksi tersebut bisa digunakan untuk melacak jejak asal sebuah penyakit.

## 4) Mobilitas Geografis Keluarga

Melalui mobilitas geografis untuk mengetahui apakah keluarga sering tinggal di tempat yang berbeda. Termasuk apabila merantau di mana mengontrak rumah, apabila bekerja sering ditugaskan di berbagai kota.

## 5) Sistem pendukung keluarga

Mengkaji sistem pendukung keluarga berupa berbagai fasilitas atau perabot yang digunakan, berapa anggota keluarga yang sehat yang bisa membantu anggotanya yang sakit, fasilitas lain yaitu fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga.

e. Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga yaitu menjelaskan tentang bagaimana cara komunikasi antar anggota keluarga.
- 2) Struktur kekuatan keluarga yaitu kemampuan yang dimiliki anggota keluarga dalam mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk dapat mengubah perilakunya.
- 3) Struktur peran yaitu menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.
- 4) Nilai atau norma keluarga yaitu menjelaskan nilai dan norma yang dipegang oleh keluarga berhubungan tentang kesehatan.
- 5) Fungsi keluarga:
  - a) Fungsi afektif, adalah tentang kajian gambaran diri anggota keluarga, perasaan untuk memiliki dan dimiliki dalam anggota keluarga, dukungan keluarga terhadap anggotanya keluarga yang lain, bagaimana kehangatan dapat tercipta dalam keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
  - b) Fungsi sosialisai, yaitu perlunya pengkajian tentang bagaimana interaksi atau hubungan di dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar untuk disiplin, mengetahui norma, budaya dan perilaku.

c) Fungsi perawatan kesehatan, yaitu:

- (1) Menjelaskan untuk tahu kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan dan sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan seperti pengertian, penyebab, tanda dan gejala yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah kesehatan, kemampuan keluarga untuk mengenal masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan keperawatan, karena *down syndrome* memerlukan perawatan yang khusus. Jadi keluarga perlu mengetahui cara pengasuhan yang benar serta gaya hidup yang baik untuk penderita *down syndrome*.
- (2) Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam pengambilan keputusan tentang tindakan kesehatan yang tepat. Hal yang perlu dikaji yaitu bagaimana keluarga mengambil keputusan jika anggota keluarganya menderita *down syndrome*.
- (3) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakit dan cara

merawat anggota keluarga yang menderita *down syndrome*.

(4) Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan rumah tetap sehat. Yang perlu dikaji dalam hal ini adalah keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat memelihara lingkungan dan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan supaya mencegah perburukan dari pasien *down syndrome*.

(5) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan untuk mendukung kesehatan anggota keluarganya.

#### d) Fungsi Ekonomi

Kedadaan ekonomi keluarga sangat mendukung terhadap kesembuhan penyakit. Mayoritas disebabkan faktor ekonomi rendah individu menjadi segan untuk mencari pertolongan dokter atau petugas kesehatan lainnya (Friedman, 2010).

#### f. Stres dan koping keluarga

##### 1) Stressor jangka pendek dan panjang

a) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 5 bulan.

b) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

- 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/ stressor.
- 3) Strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.
- 4) Strategi adaptasi fungsional yang digunakan bila menghadapi permasalahan.

g. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Nutrisi/Gizi

Pemberian nutrisi/gizi harus cukup baik dari kuantitas atau kualitasnya seperti adanya kandungan protein, lemak, karbohidrat dan mineral serta vitamin di dalamnya.

2) Eliminasi BAB dan BAK

Seorang penderita *down syndrome* adalah kelompok yang cukup sulit dalam hal *toilet training* ketika kecil sehingga mereka akan sering mengompol atau buang air besar di celana. Faktor pendorong dan penghambat dari *toilet training* pada berasal dari faktor internal dan eksternal. Faktor internalnya yaitu kurangnya kesiapan anak secara fisik, psikologis dan intelektual, kemampuan komunikasi dan kemampuan sensorik anak. Faktor eksternalnya yaitu ketidaksiapan orang tua, tingkat

pengetahuan orang tua kurang, pola asuh dan motivasi dari orang tua yang rendah. Dalam hal ini dicari penyebabnya mengapa sering mengompol dan buang air besar di celana.

### 3) Personal Hygiene

Perawatan kebersihan tubuh penderita *down syndrome*.

### 4) Pola Aktivitas

Aktivitas sehari-hari yang dilakukan penderita *down syndrome*.

### 5) Istirahat dan Tidur

Pada anak yang beranjak besar akan berkurang waktu istirahat, karena meningkatnya kegiatan fisik. Sedangkan pada orang dewasa, waktu tidurnya berkurang karena organ-organ mengalami degeneratif yang menyebabkan sulit tidur. Jadi, kebutuhan tidur sebaiknya tetap dipenuhi antara 2 hingga 3 jam tidur siang dan 7 hingga 8 jam pada saat malam hari untuk anak, dan 7-9 jam untuk dewasa.

### 6) Olahraga dan Rekreasi

Olahraga akan meningkatkan sirkulasi, aktivitas fisiologi dan mulai perkembangan otot-otot.

### h. Tanda-tanda Vital dan Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital meliputi tekanan darah, respirasi, nadi, dan suhu.

Sedangkan pemeriksaan fisik ada penderita *down syndrome* walaupun ciri wajah bisa berubah seiring bertambahnya usia, tampilan anak yang lebih tua atau remaja sama khasnya seperti bayi (Rudolph A., Hoffman., *et al*, 2014).

Beberapa ciri yang khas pada fisik penderita *down syndrome* yaitu, tonus otot rendah, wajah datar, hidung pesek, hipermobilitas sendi, jarak yang luas pada ruas pada jari-jari, ukuran lidah cenderung lebih panjang dari ukuran normal, sedangkan wajahnya juga khas, misalnya karena terdapat gangguan di pertumbuhan tulang, maka tulang dahi menjadi lebih datar, mata kiri dan mata kanan jaraknya agak berjauhan, dan posisi daun telinganya lebih rendah (Hazmi, 2013).

i. Harapan Keluarga

Menguraikan harapan keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien dan harapan keluarga terhadap perawat.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yaitu keputusan klinis tentang keluarga, atau masyarakat yang didapatkan dari proses pengumpulan data yang selanjutnya dianalisis secara cermat untuk memberikan dasar menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang mana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya (Mubarak dalam Bakri, 2020).

Menurut pengkajian asuhan keperawatan keluarga di atas maka diagnosis keperawatan keluarga yang mungkin muncul berdasarkan Townsend (2011); Carpenito (2013); dan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia atau SDKI (2017), pada seorang dengan retardasi mental berkaitan dengan *down syndrome* adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Defisiensi Stimulus (SDKI 2017, D.0106, Hal. 232).
- b. Defisit Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, *Toileting*, dan Berhias berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (SDKI 2017, D.0109, Hal. 240).
- c. Defisit Pengetahuan Pada Keluarga Tentang *Down Syndrome* berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi (SDKI 2017, D.0111, Hal. 246).
- d. Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga (SDKI 2017, D.0090, Hal. 199).
- e. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (SDKI 2017, D.0119, Hal. 264).
- f. Risiko Cedera berhubungan dengan Perubahan Fungsi Psikomotor (SDKI 2017, D.0136, Hal. 294).
- g. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Kognitif (SDKI 2017, D.003, Hal. 258).

### 3. Perencanaan Keperawatan

Menurut Suprajitno (2012), perencanaan keperawatan yaitu tujuan umum dan khusus berdasarkan pada masalah yang dilengkapi kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab. Selanjutnya merumuskan tindakan keperawatan dengan orientasi pada kriteria dan standar.

Perencanaan yang dapat dilakukan pada asuhan keperawatan keluarga dengan *down syndrome* berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia atau SIKI (2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia atau SLKI (2018) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Defisiensi Stimulus. (SDKI 2017, D.0106, Hal. 232)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x kunjungan rumah diharapkan Status Perkembangan membaik dengan kriteria hasil: 1. Keterampilan/pe rilaku sesuai usia meningkat. 2. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat. 3. Respon sosial meningkat. 4. Kontak mata meningkat. (SLKI 2018,	Latihan Pengendalian Impuls (SIKI 2018, 1.09284, Hal. 146) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi masalah yang dialami 2. Identifikasi tindakan yang mungkin dilakukan dan bermanfaat. <i>Terapeutik:</i> 1. Terapkan strategi pemecahan masalah sesuai dengan tingkat perkembangan dan fungsi kognitif. 2. Lakukan modifikasi perilaku, <i>sesuai kebutuhan</i> . 3. Fasilitasi melakukan tindakan yang bermanfaat 4. Berikan penguatan positif untuk tindakan yang berhasil di lakukan. 5. Motivasi memberi penghargaan pada diri sendiri

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		L.10101, Hal. 124)	6. Berikan kesempatan untuk mempraktekkan pemecahan masalah ( <i>role-play</i> ) di lingkungan terapeutik 7. Sediakan model langkah-langkah strategi pemecahan masalah 8. Motivasi mempraktekkan pemecahan masalah dalam situasi sosial dan interpersonal <i>Edukasi:</i> Ajarkan memberi isyarat diri untuk “berhenti dan berpikir” sebelum bertindak impulsif.
2.	Defisit Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, Toileting, dan Berhias berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler. (SDKI 2017, D.0109, Hal. 240)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x kunjungan rumah diharapkan Perawatan Diri meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat.</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat.</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat.</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat.</li> <li>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat.</li> <li>6. Minat melakukan perawatan diri</li> </ol>	Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK (SIKI 2018, 1.11349, Hal. 37) <i>Observasi:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia.</li> <li>2. Monitor integritas kulit pasien</li> </ol> <i>Terapeutik:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi.</li> <li>2. Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten.</li> <li>3. Jaga privasi selama eliminasi</li> <li>4. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, <i>jika perlu</i></li> <li>5. Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan</li> <li>6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, <i>jika perlu</i></li> <li>7. Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), <i>jika perlu</i></li> </ol> <i>Edukasi:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan BAB/BAK secara rutin.</li> <li>2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, <i>jika perlu</i></li> </ol> Dukungan Perawatan Diri:

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		meningkat. (SLKI 2018, L.11103, Hal. 81)	<p>Berpakaian (SIKI 2018, Hal. 37, 1.11350)</p> <p><i>Observasi:</i> Identifikasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</li> <li>2. Sediakan pakaian pribadi, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>3. Fasilitasi mengenakan pakaian, <i>jika perlu</i></li> <li>4. Fasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)</li> <li>5. Jaga privasi selama berpakaian</li> <li>6. Tawarkan untuk laundry, <i>jika perlu</i></li> <li>7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Ajarkan mengenakan pakaian, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p>Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (SIKI 2018, 1.11351, Hal. 38)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi diet yang dianjurkan.</li> <li>2. Monitor kemampuan menelan</li> <li>3. Monitor status hidrasi pasien, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan</li> <li>2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum.</li> <li>3. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, <i>jika perlu</i></li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat</p> <p>5. Sediakan sedotan untuk minum, <i>sesuai kebutuhan</i></p> <p>6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</p> <p>7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai</p> <p>8. Berikan saat makan/minum sesuai tingkat dengan kemandirian, jika perlu.</p> <p>9. Motivasi untuk makan di ruang makan, <i>jika perlu</i></p> <p><i>Edukasi:</i> Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3)</p> <p><i>Kolaborasi:</i> Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik), sesuai indikasi.</p> <p>Dukungan Perawatan Diri: Mandi (SIKI 2018, 1.11352, Hal. 39)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri</li> <li>2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan.</li> <li>3. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku).</li> <li>4. Monitor integritas kulit</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembap kulit).</li> <li>2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman.</li> <li>3. Fasilitasi menggosok gigi,</li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p><i>sesuai kebutuhan.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitas mandi, <i>sesuai kebutuhan.</i></li> <li>5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri.</li> <li>6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian.</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan.</li> <li>2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.</li> </ol> <p>Dukungan Pengambilan Keputusan (SIKI 2018, Hal. 34, 1.09265)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <p>Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik.</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan.</li> <li>2. Diskusi kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi.</li> <li>3. Fasilitasi melihat situasi secara realistic.</li> <li>4. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan.</li> <li>5. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif.</li> <li>6. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi.</li> <li>7. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, <i>jika perlu</i></li> <li>8. Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			1. Informasikan alternative solusi secara jelas. 2. Berikan informasi yang diminta pasien. <i>Kolaborasi:</i> Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan.
3.	Defisit Pengetahuan Pada Keluarga Tentang Down Syndrome berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi (SDKI 2017, D.0111, Hal. 246)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan rumah diharapkan Tingkat Pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat. 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. (SLKI 2018, L.12111, Hal. 146)	Edukasi Kesehatan (SIKI 2018, 1.12383, Hal. 65) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <i>Terapeutik:</i> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. <i>Edukasi:</i> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
4.	Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga. (SDKI 2017, D.0090, Hal. 199)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Pemeliharaan Kesehatan meningkat dengan kriteria hasil:	Dukungan Koping Keluarga (SIKI 2018, Hal. 28, 1.09260) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan perilaku adaptif.</li> <li>2. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat.</li> <li>3. Kemampuan menjalankan perilaku sehat.</li> <li>4. Perilaku mencari bantuan.</li> </ol> (SLKI 2018, L.12106, Hal. 72)	<p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga</li> <li>2. Diskusikan rencana medis dan perawatan</li> <li>3. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien.</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala</li> <li>2. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang ada</li> </ol> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu</li> </ol>
5.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler. (SDKI 2017, D.0119, Hal. 264)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x kunjungan rumah diharapkan Komunikasi Verbal meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan berbicara meningkat</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat.</li> <li>1. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat.</li> <li>2. Kontak mata meningkat.</li> </ol> (SLKI 2018, L.13118, Hal. 49)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (SIKI 2018, 1.13492, Hal. 373) <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.</li> <li>2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan Bahasa)</li> <li>3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi.</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer).</li> <li>2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri</li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan.</li> <li>4. Ulangi apa yang disampaikan pasien.</li> <li>5. Berikan dukungan psikologis.</li> <li>6. Gunakan juru bicara, <i>jika perlu</i>.</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berbicara perlahan</li> <li>2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara.</li> </ol> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.</p> <p>Dukungan Pengambilan Keputusan (SIKI 2018, Hal. 34, 1.09265)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <p>Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik.</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan.</li> <li>2. Diskusi kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi.</li> <li>3. Fasilitasi melihat situasi secara realistis.</li> <li>4. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan.</li> <li>5. Fasilitasi pengambilan</li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
6.	Risiko Cedera berhubungan dengan Perubahan Fungsi Psikomotor (SDKI D.0136, 2017, Hal. 294)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan rumah diharapkan Tingkat Cedera menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian cedera menurun.</li> <li>2. Luka/lecet menurun.</li> <li>3. Gangguan mobilitas menurun.</li> <li>4. Toleransi aktivitas meningkat.</li> </ol> (SLKI 2018, L. 14136, Hal. 135)	<p>keputusan secara kolaboratif.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi.</li> <li>7. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, <i>jika perlu</i>.</li> <li>8. Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan alternative solusi secara jelas.</li> <li>2. Berikan informasi yang diminta pasien.</li> </ol> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan.</p> <p>Manajemen Keselamatan Lingkungan (SIKI 2018, Hal. 192, 1.14513)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <p>Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. Kondisi fisik, fungsi kogniti dan riwayat perilaku)</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. Fisik, biologi dan kimia), jika memungkinkan.</li> <li>2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko.</li> <li>3. Gunakan perangkat pelindung (mis. Pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan.</p> <p>Pencegahan Cedera (SIKI 2018, Hal.</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>275, 1.14537)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera</li> <li>2. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan pencahayaan yang memadai</li> <li>2. Gunakan lampu tidur selama jam tidur</li> <li>3. Gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera serius</li> <li>4. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau</li> <li>5. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. Tongkat atau alat bantu jalan)</li> <li>6. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien</li> <li>7. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, <i>sesuai kebutuhan</i></li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</li> <li>2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri</li> </ol> <p>Pencegahan Jatuh (SIKI 2018, Hal. 279, 1.14540)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia &gt;65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan</li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale</i>), jika perlu</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Atur tempat tidur mekanis dengan posisi rendah</li> <li>Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, <i>walker</i>)</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan tubuh.</li> </ol>
7.	<p>Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Kognitif (SDKI 2017, D.003, Hal. 258).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan rumah diharapkan Pemeliharaan Kesehatan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menunjukkan perilaku adaptif meningkat.</li> <li>Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat.</li> <li>Kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat.</li> </ol>	<p>Edukasi Kesehatan (SIKI 2018, 1.12383, Hal. 65)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</li> <li>Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</li> <li>Berikan kesempatan untuk bertanya.</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.</li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
4	Perilaku mencari bantuan meningkat. (SLKI 2018, L. 12106, Hal. 72)		<p data-bbox="979 421 1453 488">2 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p data-bbox="979 495 1453 600">3 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p data-bbox="967 640 1453 707">Kontrak Perilaku Positif (SIKI, 1.09282, Hal. 139)</p> <p data-bbox="967 714 1114 743"><i>Observasi:</i></p> <ol data-bbox="979 750 1453 1182" style="list-style-type: none"> <li>1 Identifikasi kemampuan mental dan kognitif untuk membuat kontrak.</li> <li>2 Identifikasi cara dan sumber daya terbaik untuk mencapai tujuan.</li> <li>3 Identifikasi hambatan dalam menerapkan perilaku positif.</li> <li>4 Monitor pelaksanaan perilaku ketidaksihinggaan dan kurang komitmen untuk memenuhi kontrak.</li> </ol> <p data-bbox="967 1189 1123 1218"><i>Terapeutik:</i></p> <ol data-bbox="979 1225 1453 1986" style="list-style-type: none"> <li>1 Ciptakan lingkungan yang terbuka untuk membuat kontrak perilaku.</li> <li>2 Fasilitasi pembuatan kontrak tertulis.</li> <li>3 Diskusikan perilaku kesehatan yang ingin diubah.</li> <li>4 Diskusikan tujuan positif jangka pendek dan jangka panjang yang realistis dan dapat dicapai.</li> <li>5 Diskusikan pengembangan rencana perilaku positif.</li> <li>6 Diskusikan cara mengamati perilaku (mis. Table kemajuan perilaku).</li> <li>7 Diskusikan penghargaan yang diinginkan ketika tujuan tercapai, <i>jika perlu</i>.</li> <li>8 Diskusikan konsekuensi atau sanksi tidak memenuhi kontrak.</li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			9 Tetapkan batas waktu yang dibutuhkan untuk pelaksanaan tindakan yang realistis. 10 Fasilitasi meninjau ulang kontrak dan tujuan, <i>jika perlu</i> . 11 Pastikan kontrak ditandatangani oleh semua pihak yang terlibat, <i>jika perlu</i> . 12 Libatkan keluarga dalam proses kontrak, <i>jika perlu</i> . <i>Edukasi:</i> Anjurkan menuliskan tujuan sendiri, <i>jika perlu</i> .

#### 4. Pelaksanaan

Implementasi keperawatan bisa dilakukan oleh banyak komponen seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain, keluarga dan orang lain yang masih satu jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 2010).

Menurut Murwani dalam Bakri (2020) dalam tindakan keperawatan keluarga terdapat beberapa komponen yaitu:

##### a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga

Mendiskusikan masalah kesehatan dengan keluarga yang akan mendorong kesadaran keluarga berkaitan dengan kesehatan serta informasi tentang kesehatan akan mudah diterima. Cara yang bisa dilakukan, sebagai berikut:

- 1) Memberikan informasi.
- 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.

3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.

b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan

Perawat memberikan informasi kepada keluarga sebagai bahan pertimbangan keluarga untuk memutuskan perawatan yang tepat. Cara yang bisa dilakukan, sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan.
- 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
- 3) Mengidentifikasi tentang konsekuensi tiap tindakan.

c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga

Perawat memotivasi keluarga supaya percaya diri merawat anggota keluarganya yang sakit, supaya tidak merasa kurang ilmu dan takut dalam merawat keluarga karena anggota keluarga yang sakit membutuhkan bantuannya. Cara yang bisa dilakukan, sebagai berikut:

- 1) Melakukan demonstrasi cara perawatan.
- 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
- 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan.

d. Membantu keluarga mewujudkan lingkungan sehat

Perawat menjadi konsultan bagi keluarga untuk mewujudkan lingkungan yang bersih dan sehat supaya meningkatkan kualitas hidup anggota keluarganya. Cara yang bisa dilakukan, sebagai berikut:

- 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
- 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.

e. Memotivasi keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

Perawat harus mampu meningkatkan kesadaran masyarakat yang masih rendah dalam mengakses fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Cara yang bisa dilakukan, sebagai berikut:

- 1) Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.
- 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

2. Evaluasi

Tahap pelaksanaan dimulai sejak disusunnya perencanaan tindakan. Perawat membantu pasien untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor yang memengaruhi masalah kesehatan pasien (Nursalam dalam Bakri, 2020).

Evaluasi dapat dimulai dari pengumpulan data, apakah data tersebut perlu direvisi atau tidak, apakah data yang terkumpul sudah cukup, dan apakah perilaku yang diobservasi sudah sesuai. Diagnosis juga perlu untuk dievaluasi masalah keakuratan dan kelengkapannya. Tujuan dan intervensi evaluasi untuk menentukan

apakah tujuan tersebut dapat tercapai dengan efektif (Nursalam dalam Bakri, 2020).

Menurut Bakri (2020) tahapan evaluasi dapat dilakukan dengan formatif dan sumatif. Evaluasi formatif yaitu tindakan evaluasi selama proses asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif yaitu evaluasi akhir. Untuk mengevaluasi, akan lebih baik disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S : Berbagai persoalan yang disampaikan keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan. Misalnya yang tadinya merasa sakit, setelah dilakukan tindakan menjadi tidak sakit.

O : Berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah tindakan keperawatan dilakukan. Misalnya berat badan naik 1 kg dalam 1 bulan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan terkait dengan diagnosis.

P : Perencanaan yang direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil dari respons keluarga pada tahapan evaluasi.