

MODUL I
PERKULIAHAAN KEPERAWATAN KELUARGA
KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

OLEH:

I Made Mertajaya S.ST., M.Kes
Ns. Erita Sitorus M.Kep
Ns. Hasian Leniwita M.Kep
Adventus M.R.L Batu M.Kes
Ns. Yanti Anggraini M.Kep

FAKUTAS VOKASI PRODI D III KEPERAWATAN UKI
AGUSTUS 2019
JAKARTA

Kata Pengantar

Puji dan syukur kepada Tuhan yang Maha Kuasa atas berkat dan karuniaNya yang telah diberikan kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan buku ajar” Konsep Keperawatan Keluarga”. Buku ini ditulis untuk membantu memenuhi kebutuhan perkembangan trend dan isu ilmu keperawatan khususnya Keperawatan Keluarga sesuai dengan kurikulum tahun 2019 dan juga membantu mahasiswa keperawatan memahami konsep tentang keperawatan sebagai landasan dalam pengembangan profesi keperawatan dan pada akhirnya bermanfaat bagi pelayanan kesehatan di masyarakatpada umumnya

Materi yang disampaikan dalam buku ini diantaranya sejarah Konsep Pelayanan Kesehatan Primer , Kosepa Komunitas, Konsep Puskesmas dan Keperawatan Keluarga, paradigma keperawatan, , teori keperawatan Keperwatan Keluarga, tren keperawatan dimasa akan datang,.....

Pada akhirnya penulis menyadari modul ini masih jauh dari sempurna, dengan mengingat buku ini penulis menulisnya yang pertama. Untuk itu penulis menerima setiap masukan, saran dan kritikan, agar menjadi lebih baik dan sempurna di masa yang akan datang. Ucapan terimakasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada keluarga, rekan-rekan sejawat sekerja dan UKI Press yang sangat membantu terbitnya buku ini.

Diberkati untuk menjadi Anugrah dan Berkat Tuhan

I Made Mertajaya

DAFTAR ISI

Kata pengantar	i
Daftar isi.....	ii
Daftar Gambar	iv
Bab I Konsep Pelayanan Kesehatan Primer.	1
A. Pelayanan Kesehatan primer.....	1
B. Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa/PKMD	4
Bab II Konsep Komunitas.....	9
A. Tinjauan tentang komunitas	11
B. Pengelompokan Komunitas	13
Bab III Konsep Puskesmas.....	15
A. Konsep Puskesmas.....	15
B. Fungsi puskesmas	15
C. Kegiatan pokok PUSKESMAS.....	16
D. Peran puskesmas	18
E. Wilayah kerja Puskesmas	18
F. Fasilitas penunjang.....	19
Bab IV Konsep Keperawatan Keluarga.....	25
A. Keluarga Sebagai Fokus Sentral Pelayanan Keperawatan.....	25
B. Definisi dan Batasan Keluarga.....	30
C. Praktik Pelayanan Keperawatan Keluarga.....	35
D. Struktur dan Fungsi Keluarga	37
E. Proses dan Strategi Koping Keluarga	45
F. Tingkat Pencegahan Dalam Keluarga.....	50
G. Peran Perawat Keluarga	52
Bab V TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA.....	54
A. Latar Belakang	54
B. Teori dan Model.....	55
Bab VI KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN KELUARGA.....	65
A. Latar Belakang	65
B. Konsep Keluarga Sejahtera.....	65
C. Tahapan Keluarga Sejahtera	68
D. Kemiskinan	70
Bab VII PROSES KEPERAWATAN KELUARGA.....	73
A. Latar Belakang	73

B. Pengkajian Keluarga	76
C. Diagnosa Keperawatan Keluarga.....	81
D. Perencanaan Keperawatan Keluarga.....	82
E. Implementasi Keperawatan Keluarga	84
F. Evaluasi Keperawatan Keluarga	86
BAB VIII KEPERAWATAN KELUARGA SESUAI KEBUTUHAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN KELUARGA.....	87
A. Latar Belakang	87
B. Tahapan Perkembangan Keluarga	87
BAB IX Keperawatan Keluarga Rentan Atau Risiko... ..	95
A. Dasar Hukum... ..	95
B. Definisi Resiko.....	95
C. Definisi Rentan... ..	97
BAB X Terapi Modalitas Keluarga	99
A. Pengertian Terapi Modalitas Keluarga	99
B. Jenis Terapi Modalitas Keluarga.....	99
C. Terapi Bermain... ..	102
DAFTAR PUSTAKA	109
TUGAS	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Model Neuman.....	59
Gambar 2. Frame Work Proses Keperawatan Menurut Friedman.....	62
Gambar 3. Pengembangan Model Neuman Dan Friedman Dengan Pendekatan Keperawatan... ..	73

BAB 1

KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu

1. Menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan primer
2. Menjelaskan tujuan pelayanan kesehatan primer
3. Menjelaskan ruang lingkup pelayanan kesehatan primer
4. Menyebutkan elemen pelayanan kesehatan primer
5. Menjelaskan tanggung jawab perawat dalam pelayanan kesehatan primer
6. Menjelaskan implementasi PHC melalui PKMD

A. Pelayanan Kesehatan Primer

1. Pengertian Pelayanan kesehatan primer

Pelayanan Kesehatan Primer adalah strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk. PHC menekankan pada perkembangan yang bisa diterima, terjangkau, pelayanan kesehatan yang diberikan adalah esensial bisa diraih, yang esensial dan mengutamakan pada peningkatan serta kelestarian yang disertai percaya diri sendiri disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan.

Primary HealthCare/PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat, melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self Determination*).

2. Tinjauan Sejarah PHC

Gerakan PHC dimulai resmi pada tahun 1977, ketika sidang kesehatan WHO ke 30. pada konferensi internasional 1978 di Alma Alta (Uni Soviet) pada tanggal 12 september 1978, ditentukan bahwa tujuan agar menemukan titik temu dengan PHC. resolusi dikenal dengan Health For All by the Year 2000 (HFA 2000) atau sehat untuk semua ditahun 2000 adalah merupakan target resmi dari bangsa-bangsa yang tergabung dalam WHO. Pada tahun 1981 setelah diidentifikasi tujuan kesehatan untuk semua dan strategi PHC untuk merealisasikan tujuan, WHO membuat indikator global untuk pemantauan dan evaluasi yang dicapai tentang sehat untuk semua pada tahun 1986. indikator tersebut adalah

- a. Perkembangan sosial dan ekonomi
- b. Penyediaan pelayanan kesehatan status kesehatan
- c. Kesehatan sebagai objek atau bagian dari perkembangan sosial ekonomi.

Pemimpin perawat yang menjadi kunci dalam mencetuskan usaha perawatan PHC adalah Dr. Amelia Maglacas pada tahun 1986. Konsep pelayanan primer merupakan pelayanan kesehatan esensial yang dibuat dan bisa terjangkau secara universal oleh individu dan keluarga di dalam masyarakat. Fokus dari pelayanan kesehatan primer luas jangkauannya dan merangkul berbagai aspek masyarakat dan kebutuhan kesehatan. PHC merupakan pola penyajian pelayanan kesehatan dimana konsumen pelayanan kesehatan menjadi mitra dengan profesi dan ikut serta mencapai tujuan umum kesehatan yang lebih baik (Mubarak,2006).

3. Tujuan PHC

- a. Tujuan Umum

Menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.

- b. Tujuan Khusus

- a. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
- b. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dialami
- c. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
- d. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

4. Fungsi PHC

- a. Pemeliharaan kesehatan
- b. Pencegahan penyakit
- c. Diagnosis dan pengobatan
- d. Pelayanan tindak lanjut
- e. Pemberian sertifikat

5. Unsur Utama PHC

- a. Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan
- b. Melibatkan peran serta masyarakat
- c. Melibatkan kerjasama lintas sektoral

6. Prinsip Dasar PHC

- a. Pemerataan upaya kesehatan
- b. Penekanan pada upaya preventif

- c. Menggunakan teknologi tepat guna
- d. Melibatkan peran serta masyarakat
- e. Melibatkan kerjasama lintas sectoral

7. Ruang Lingkup PHC

- a. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
- b. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
- c. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar.
- d. Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
- e. Immuniasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
- f. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
- g. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa.
- h. Penyediaan obat-obat esensial.

8. Ciri-Ciri PHC

- a. Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
- b. Pelayanan yang menyeluruh
- c. Pelayanan yang terorganisasi
- d. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat
- e. Pelayanan yang berkesinambungan
- f. Pelayanan yang progresif
- g. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
- h. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja

9. Tanggung Jawab Perawat Dalam PHC

- a. Mendorong partisipasi aktif dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan
- b. Kerja sama dengan masyarakat, keluarga dan individu
- c. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat
- d. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
- e. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat

(Setiadi, 2016)

B. Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa/PKMD

1. Pengertian PKMD

Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) adalah rangkaian kegiatan masyarakat yang dilakukan berdasarkan gotong-royong, swadaya masyarakat dalam rangka menolong mereka sendiri untuk mengenal dan memecahkan masalah atau kebutuhan yang dirasakan masyarakat, baik dalam bidang kesehatan maupun bidang dalam bidang yang berkaitan dengan kesehatan, agar mampu memelihara kehidupannya yang sehat dalam rangka meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat.

PKMD adalah kegiatan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya didasarkan melalui sistem pelayanan puskesmas, dimana dalam mengembangkan kegiatan-kegiatan kesehatan oleh lembaga ini diikutsertakan anggota-anggota masyarakat di Pedusunan melalui segala pengarahan untuk menimbulkan kesadaran secara aktif di dalam ikut membantu memecahkan dan mengembangkan usaha-usaha kesehatan di Desanya.

PKMD adalah kegiatan atau pelayanan kesehatan berdasarkan sistem pendekatan edukatif masalah kesehatan melalui Puskesmas dimana setiap individu atau kelompok masyarakat dibantu agar dapat melakukan tindakan-tindakan yang tepat dalam mengatasi kesehatan mereka sendiri. Disamping itu kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan juga dapat mendorong timbulnya kreativitas dan inisiatif setiap individu atau kelompok masyarakat untuk ikut secara aktif dalam program-program kesehatan di daerahnya dan menentukan prioritas program sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat yang bersangkutan.

Pokok-pokok pemikiran yang fundamental yang melandasi definisi PKMD tersebut diatas ditekankan melalui pendekatan-pendekatan sebagai berikut:

- a. Keberhasilan PKMD di suatu daerah harus memanfaatkan pendekatan operasional terpadu (*comprehensive operational approach*) yang meliputi pendekatan secara sistem (*system approach*), pendekatan lintas sektoral dan antar program (*inter program and inter sektoral approach*), pendekatan multi disiplin (multi disciplinary approach), pendekatan edukatif (*educational approach*).
- b. Dalam pembinaan terhadap peran serta masyarakat melalui pendekatan edukatif, hendaknya faktor ikut sertanya masyarakat ditempatkan baik sebagai komplemen maupun suplemen terdepan dalam penunjang sistem kesehatan nasional ini.
- c. Sebagai kegiatan yang dikelola sendiri oleh masyarakat, PKMD secara bertahap dan terus menerus harus mampu didorong untuk membuka kemungkinan-kemungkinan menumbuhkan potensi swadayanya melalui pemerataan akan peranserta setiap individu di desa secara lebih luas dan lebih nyata

d. Puskesmas sebagai pengarah (*provider*) setempat perlu meningkatkan kegiatan diluar gedung (*ourt door activities*) untuk mengarahkan “intervensinya “ di dalam memacu secara edukatif terhadap kelestarian kegiatan PKMD oleh masyarakat dibawah bimbingan Lembaga Swadaya Desa. Kegiatan masyarakat tersebut diharapkan muncul atas kesadaran dan prakarsa masyarakat sendiri dengan bimbingan dan pembinaan dari pemerintah secara lintas program dan lintas sektoral. Kegiatan tersebut tak lain merupakan bagian integral dari pembangunan nasional umumnya dan pembangunan desa khususnya. Puskesmas sebagai pusat pengembangan kesehatan di tingkat kecamatan mengambil prakarsa untuk bersama-sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan menggerakkan peran serta masyarakat (PSM) dalam bentuk kegiatan PKMD (Mubarak, 2006).

2. Tujuan PKMD

a. Tujuan umum

Meningkatkan kemampuan masyarakat menolong diri sendiri dibidang kesehatan dalam rangka meningkatkan mutu hidup

b. Tujuan khusus

- 1) Menumbuhkan kesadaran masyarakat akan potensi yang dimilikinya untuk menolong diri mereka sendiri dalam meningkatkan mutu hidup mereka
- 2) Mengembangkan kemampuan dan prakarsa masyarakat untuk berperan secara aktif dan berswadaya dalam meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri
- 3) Menghasilkan lebih banyak tenaga-tenaga masyarakat setempat yang mampu, terampil serta mau berperan aktif dalam pembangunan desa
- 4) Meningkatkan kesehatan masyarakat dalam arti memenuhi beberapa indikator :
 - a) Angka kesakitan menurun
 - b) Angka kematian menurun, terutama angka kematian bayi dan anak
 - c) Angka kelahiran menurun
 - d) Menurunnya angka kekurangan gizi pada anak balita

3. Ruang Lingkup PKMD

Tujuan PKMD adalah meningkatkan status kesehatan dalam rangka meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat. Namun demikian status kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor terutama lingkungan dan faktor perilaku masyarakat oleh karenanya kegiatan PKMD tidak terbatas dalam bidang pelayanan kesehatan saja, akan tetapi menyangkut juga kegiatan diluar kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan status kesehatan dan perbaikan mutuhidupmasyarakat.

Misalnya : Kegiatan usaha bersama dalam bentuk koperasi simpan pinjam untuk meningkatkan pendapatan, atau usaha bersama untuk meningkatkan taraf pendidikan

masyarakat dengan bekerja sambil belajar, dan sebagainya. Pengembangan PKMD tidak terbatas pada daerah pedesaan saja, akan tetapi juga meliputi masyarakat daerah perkotaan yang berpenghasilan rendah. Kegiatan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pos pelayanan terpadu (posyandu) 5 program, yaitu : KIA, KB, Gizi, Imunisasi dan Penanggulangan Diare juga merupakan salah satu bentuk dari kegiatan PKMD.

4. Langkah Pemetaan PKMD

a. Pelaksanaan kegiatan pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD) yang dilakukan masyarakat minimal mencakup salah satu dari 8 unsur Primary Health Care sebagai berikut:

- 1) Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta perlindungannya.
- 2) Peningkatan persediaan makanan dan peningkatan gizi.
- 3) Pengadaan air bersih dan sanitasi dasar yang memadai.
- 4) Kesehatan Ibu dan Anak termasuk keluarga berencana
- 5) Imunisasi untuk penyakit yang utama
- 6) Pencegahan dan pengendalian penyakit endemi setempat
- 7) Pengobatan penyakit umum dan luka-luka
- 8) Penyediaan obat esensial.

b. Pengembangan dan Pembinaan PKMD dilakukan sebagai berikut:

- 1) Berpedoman pada GBHN.
- 2) Dilakukan dengan kerja sama lintas program dan lintas sektor melalui pendekatan edukatif.
- 3) Koordinasi pembinaan melalui jalur fungsional pada Gubernur, Bupati, atau Camat.
- 4) Merupakan bagian integral dari pembangunan desa secara keseluruhan.
- 5) Kegiatan dilaksanakan dengan membentuk mekanisme kerja yang efektif antara instansi yang berkepentingan dalam pembinaan masyarakat desa.
- 6) Puskesmas sebagai pusat pembangunan dan pengembangan kesehatan berfungsi sebagai dinamisator.

Hal-hal yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan PKMD

1. Masyarakat perlu dikembangkan pengertiannya yang benar tentang kesehatan dan tentang program-program yang dilaksanakan pemerintah.
2. Masyarakat perlu dikembangkan kesadarannya akan potensi dan sumber daya yang dimiliki serta harus dikembangkan dan dibina kemampuan dan keberaniannya untuk berperan secara aktif dan berswadaya dalam meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan mereka

3. Sikap mental pihak penyelenggara pelayanan perlu dipersiapkan terlebih dahulu agar dapat menyadari bahwa masyarakat mempunyai hak dan potensi untuk menolong diri mereka sendiri dalam meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan mereka
4. Harus ada kepekaan dari para pembina untuk memahami aspirasi yang tumbuh dimasyarakat dan dapat berperan secara wajar dan tepat
5. Harus ada keterbukaan dan interaksi yang dinamis dan berkesinambungan baik antara para pembina maupun antara pembina dengan masyarakat, sehingga muncul arus pemikiran yang mendukung kegiatan PKMD (Mubarak, 2006)

RANGKUMAN

1. PHC merupakan strategi untuk menyajikan pelayanan kesehatan essensial kepada masyarakat, menandakan pelayanan kesehatan yang terbayar, bisa dijangkau, tersedia dan bisa diterima. Para petugas pada sistem PHC merupakan mitra dalam berbagai kegiatan bersama-sama dengan anggota masyarakat.
2. Tujuan PHC adalah menghimbau masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri, menyiapkan diri untuk mendapatkan kesempatan melaksanakan perawatan sendiri dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan dan sosial.
3. Ruang Lingkup PHC meliputi: pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya, peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi, penyediaan air bersih dan sanitasi dasar, kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, Immuniasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama, pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat, pengobatan penyakit umum dan ruda paksa, penyediaan obat-obat essensial.
4. Tanggung Jawab Perawat Dalam PHC yaitu mendorong partisipasi aktif dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan, kerja sama dengan masyarakat, keluarga dan individu, mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat, memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat, koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.
5. Target dari PHC adalah seluruh masyarakat dan bukan individu. PHC berbeda dengan pelayanan primer. Pelayanan primer merupakan komponen dari PHC.
6. Para petugas kesehatan masyarakat berpartisipasi dalam implementasi PHC, tim PHC terdiri dari perawat, dokter gigi, apoteker, penyuluhan kesehatan, ahli sanitasi dan ahli diet.
7. Perawat yang efektif dari sistem PHC bekerja dekat dengan penduduk, masyarakat dengan sumber-sumber dan dengan profesional-profesional lain dimasyarakat yang

bersangkutan. Perawat di tim PHC membutuhkan kepemimpinan yang disertai keterampilan manajemen.

8. Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) adalah rangkaian kegiatan masyarakat yang dilakukan berdasarkan gotong-royong, swadaya masyarakat dalam rangka menolong mereka sendiri untuk mengenal dan memecahkan masalah atau kebutuhan yang dirasakan masyarakat, baik dalam bidang kesehatan maupun bidang dalam bidang yang berkaitan dengan kesehatan, agar mampu memelihara kehidupannya yang sehat dalam rangka meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat.

9. Tujuan PKMD yaitu meningkatkan kemampuan masyarakat menolong diri sendiri dibidang kesehatan dalam rangka meningkatkan mutu hidup

10. Ruang lingkup PKMD tidak terbatas dalam bidang pelayanan kesehatan saja, tetapi menyangkut kegiatan diluar kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan status kesehatan dan perbaikanmutuhidupmasyarakat.

LATIHAN SOAL:

1. Berikut yang bukan termasuk tujuan khusus PHC:
 - a. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
 - b. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dialami
 - c. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
 - d. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga kesehatan saja
2. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya merupakan ruang lingkup:
 - a. PKMD
 - b. PHC
 - c. Posyandu
 - d. Puskesmas
3. Di bawah ini yang termasuk ciri-ciri PHC adalah:
 1. Pelayanan yang menyeluruh, terorganisasi dan berkesinambungan
 2. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu
 3. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
 4. Pelayanan yang berpandangan kepada salah satu aspek saja
4. Keberhasilan PKMD di suatu daerah harus memanfaatkan pendekatan operasional terpadu yang meliputi
 1. *inter program and inter sektoral approach*
 2. *multi disciplinary approach*
 3. *educational approach.*

4. *comprehensive operational approach*
5. Tiga Unsur Utama PHC adalah:
 1. Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan
 2. Melibatkan peran serta masyarakat
 3. Melibatkan kerjasama lintas sektoral
 4. Mencakup pelayanan paripurna

6. Jelaskan kegiatan diluar kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan status kesehatan dan perbaikan mutu hidup masyarakat ?
7. Pengembangan PKMD tidak terbatas pada daerah pedesaan saja, akan tetapi juga meliputi masyarakat daerah perkotaan yang berpenghasilan rendah, jelaskan pendapat saudara?
8. Sebutkan bentuk kegiatan PKMD melalui pelaksanaan posyandu?
9. Jelaskan tanggung jawab Perawat dalam PHC?
10. Sebutkan delapan elemen PHC?

BAB II

KONSEP KOMUNITAS

A. Tinjauan Tentang Komunitas

Komunitas berasal dari bahasa latin *communitas* yang berarti "kesamaan", kemudian dapat diturunkan dari *communis* yang berarti "sama, publik, dibagi oleh semua atau banyak". Komunitas sebagai sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, umumnya memiliki ketertarikan dan habitat yang sama. Dalam komunitas manusia, individu individu di dalamnya dapat memiliki maksud, kepercayaan, sumber daya, preferensi, kebutuhan, risiko dan sejumlah kondisi lain yang serupa. Soenarno(2002), Definisi Komunitas adalah sebuah identifikasi dan interaksi sosial yang dibangun dengan berbagai dimensi kebutuhan fungsional. Pengertian Komunitas Menurut Kertajaya Hermawan (2008), adalah sekelompok orang yang saling peduli satu sama lain lebih dari yang seharusnya, dimana dalam sebuah komunitas terjadi relasi pribadi yang erat antar para anggota komunitas tersebut karena adanya kesamaan interest atau values.

Loren O. Osborn dan Martin H. Neumeyer (1984 : 59) ; “Pada dasarnya setiap orang itu lahir dalam suatu keluarga, dan pada mulanya dia tidak mengetahui bahwa ia merupakan anggota dari suatu ketetanggaaan. Akan tetapi, apabila dia mulai dapat berjalan serta bermain, maka dia akan bermain dengan anak anak tetangga atau beberapa dari antara mereka. Dalam perkembangan selanjutnya, dia akan mengetahui bahwa ia tinggal dalam suatu kampung atau suatu desa atau juga dalam suatu kota. Pada tahap selanjutnya dia akan mengetahui pula bahwa dia merupakan anggota suatu bangsa atau suatu negara”. Deskripsi tersebut di atas menunjukkan bahwa seseorang itu dapat merupakan anggota dari beberapa kelompok; dan kecuali keluarga (sebagai *primary group*) kesemuanya mungkin dapat dikategorikan sebagai *community* atau komunitas. Loren O. Osborn dan Martin H. Neumeyer (1984 : 59) menyatakan bahwa komunitas adalah “a group of a people having in a contiguous geographic area, having common centers interests and activities, and functioning together in the chief concern of life”.

Dengan demikian suatu komunitas merupakan suatu kelompok sosial yang dapat dinyatakan sebagai “masyarakat setempat”, suatu kelompok yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu dengan batas-batas tertentu pula, dimana kelompok itu dapat memenuhi kebutuhan hidup dan dilingkupi oleh perasaan kelompok serta interaksi yang lebih besar di antara para anggotanya. Komunitas adalah sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, umumnya memiliki ketertarikan dan habitat yang sama.

B. Pengelompokan Komunitas

Dalam komunitas manusia, individu-individu di dalamnya dapat memiliki maksud, kepercayaan, sumber daya, preferensi, kebutuhan, risiko dan sejumlah kondisi lain yang serupa. (Wenger, 2002: 4). Menurut Crow dan Allan, Komunitas dapat terbagi menjadi 2 komponen:

1. Berdasarkan Lokasi atau Tempat Wilayah atau tempat sebuah komunitas dapat dilihat sebagai tempat dimana sekumpulan orang mempunyai sesuatu yang sama secara geografis
2. Berdasarkan Minat Sekelompok orang yang mendirikan suatu komunitas karena mempunyai ketertarikan dan minat yang sama, misalnya agama, pekerjaan, suku, ras, maupun berdasarkan kelainan seksual.

Proses pembentukannya bersifat horisontal karena dilakukan oleh individu individu yang kedudukannya setara. Komunitas adalah sebuah identifikasi dan interaksi sosial yang dibangun dengan berbagai dimensi kebutuhan fungsional (Soenarno, 2002). Kekuatan pengikat suatu komunitas, terutama, adalah kepentingan bersama dalam memenuhi kebutuhan kehidupan sosialnya yang biasanya, didasarkan atas kesamaan latar belakang budaya, ideologi, sosial-ekonomi. Disamping itu secara fisik suatu komunitas biasanya diikat oleh batas lokasi atau wilayah geografis. Masing-masing komunitas, karenanya akan memiliki cara dan mekanisme yang berbeda dalam menanggapi dan menyikapi keterbatasan yang dihadapainya serta mengembangkan kemampuan kelompoknya. Menurut Vanina Delobelle , definisi suatu komunitas adalah group beberapa orang yang berbagi minat yang sama, yang terbentuk oleh 4 faktor, yaitu :

1. Komunikasi dan keinginan berbagi : Para anggota saling menolong satu sama lain.
2. Tempat yang disepakati bersama untuk bertemu
3. Ritual dan kebiasaan: Orang-orang datang secara teratur dan periode
4. Influencer Influencer merintis sesuatu hal dan para anggota selanjutnya Vanina juga menjelaskan bahwa komunitas mempunyai beberapa aturan sendiri, yaitu:
 1. Saling berbagi : Mereka saling menolong dan berbagi satu sama Lain dalam komunitas.
 2. Komunikasi: Mereka saling respon dan komunikasi satu sama lain.
 3. Kejujuran: Dilarang keras berbohong. Sekali seseorang berbohong, maka akan segera ditinggalkan.
 4. Transparansi: Saling bicara terbuka dan tidak boleh menyembunyikan sesuatu hal.

5. Partisipasi: Semua anggota harus disana dan berpartisipasi pada acara bersama komunitas.

Komunitas adalah sekelompok orang yang saling peduli satu sama lain lebih dari yang seharusnya, dimana dalam sebuah komunitas terjadi relasi pribadi yang erat antar para anggota komunitas tersebut karena adanya kesamaan interest atau values (Kertajaya Hermawan, 2008). Komunitas adalah sebuah identifikasi dan interaksi sosial yang dibangun dengan berbagai dimensi kebutuhan fungsional (Soenarno, 2002).

Ada demikian banyak defenisi komunitas ditemukan dalam literatur. George Hillery Jr (dikutip oleh Fredian Tonny, 2003:23) pernah mengidentifikasi sejumlah besar defenisi, kemudian menemukan bahwa kebanyakan defenisi tersebut memfokuskan makna komunitas sebagai:

1. *The common elements of area;*
2. *Common ties;* dan
3. *Social interaction.*

Kemudian, George merumuskan pengertian komunitas sebagai “people living within a specific area, sharing common ties, and interacting with one another” (orang-orang yang hidup di suatu wilayah tertentu dengan ikatan bersama dan satu dengan yang lain saling berinteraksi). Sementara itu, Christensson dan Robinson (seperti dikutip oleh Fredian Tonny, 2003:22) melihat bahwa konsep komunitas mengandung empat komponen, yaitu:

1. *People*
2. *Place or territory*
3. *Social interaction*
4. *Psychological identification.*

Sehingga kemudian mereka merumuskan pengertian komunitas sebagai ”people the live within a greographically bounded are who are involved in social interction and have one or more psychological ties with each other an with the place in which they live” (orang-orang yang bertempat tinggal di suatu daerah yang terbatas secara geografis, yang terlibat dalam interaksi sosial dan memiliki satu atau lebih ikatan psikologis satu dengan yang lain dan dengan wilayah tempat tinggalnya). Komunitas yaitu yang menunjuk pada bagian masyarakat yang bertempat tinggal di suatu wilayah (geografis) dengan batas-batas tertentu dan faktor utama yang menjadi dasar adalah interaksi yang lebih besar di antara anggotanya, dibanding dengan penduduk di luar batas wilayahnya. Soekanto (1990) Komunitas adalah sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, umumnya memiliki

ketertarikan yang sama, dalam komunitas manusia, individu-individu di dalamnya dapat memiliki maksud, kepercayaan, sumber daya, preferensi, kebutuhan, risiko dan sejumlah kondisi lain yang serupa. Community (masyarakat) merupakan bagian kelompok dari masyarakat (society) dalam lingkup yang lebih kecil, serta mereka lebih terkait oleh tempat (territorial) (Fairi,et al.1980;52n) Menurut Soerjono soekanto, istilah community dapat di terjemahkan sebagai “masyarakat setempat”, istilah lain menunjukkan pada warga-warga sebuah kota, suku, atau suatu bangsa . Apabila anggota-anggota suatu kelompok baik itu kelompok besar atupun kecil, hidup bersama sedemikian rupa sehingga mereka merasakan bahwa kelompok tersebut dapat memenuhi kepentingan-kepentingan hidup yang utama, maka kelompok tadi dapat disebut masyarakat setempat. Intinya mereka menjalin hubungan sosial (social relationship).

Dan dapat disimpulkan bahwa masyarakat setempat (community) adalah suatu wilayah kehidupan sosial yang ditandai oleh suatu derajat hubungan sosial yang tertentu. Dasar-dasar dari masyarakat setempat adalah lokalitas dan perasaan semasyarakat setempat (Efendi,ridwan.2009).

BAB III

KONSEP PUSKESMAS

A. Konsep Puskesmas

Puskesmas adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan ,serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatan secara menyeluruh , terpadu dan kesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu .

Para ahli mendefinisikan puskesmas sesuai dengan perkembangan dan tuntutan pelayanan kesehatan , diantaranya adalah sebagai berikut

1. Azrul azwar (1980) . Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok
2. Departemen Kesehatan RI (1981) Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan yang langsung memberikan kesehatan secara menyeluruh dan terintegrasi kepada masyarakat di wilayah kerja tertentu dalam usaha- usaha kesehatan pokok
3. Departemen Kesehatan RI (1987) Puskesmas adalah sebagai pusat pembangunan kesehatan yang berfungsi mengembangkan dan membina kesehatan masyarakat serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan tedepan dan terdekat dengan masyarakat dalam bentuk kegiatan pokok yang menyeluruh dan terpandu di wilayah kerja
4. Departemen kesehatan RI (1991) . Puskesmas adalah suatu kesatua organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dalam memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok

B. Fungsi puskesmas

1. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya .
2. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
3. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya

Proses dalam melaksanakan fungsinya dilakukan dengan cara

1. Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri
2. Memberikan petunjuk kepada masyarakat bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien'

3. Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan tehnik materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat
4. Memberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat
5. Bekerja sama dengan sector-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas

Visi

Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin di capai melalui pembangunan pusat kesehatan adalah sebagai berikut

1. Masyarakat hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup sehat
2. Memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata
3. Memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah republic Indonesia

Misi

Misi puskesmas sebagai pusat pengembangan kesehatan yang dapat dilakukan melalui berbagai upaya di antaranya adalah:

1. Meluaskan jangkauan pelayanan kesehatan sampai ke desa-desa
2. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
3. Mengadakan peralatan dan obat-obatan yang di sesuaikan dengan kebutuhan masyarakat
4. Mengembangkan pembangunan kesehatan masyarakat desa(PKMD)

Strategi

Strategi puskesmas untuk mewujudkan pembangunan kesehatan adalah melalui pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh secara pelayanan kesehatan yang menerapkan pendekatan yang menyeluruh

C. Kegiatan pokok PUSKESMAS

Berdasarkan Buku pedoman kerja puskesmas yang terbaru ada 20 usaha pokok kesehatan yang dapat di lakukan oleh puskesmas.. Usaha pokok kesehatan sangat tergantung pada factor tenaga , sarana dan prasarana , biaya yang tersedia , serta kemampuan menegemen dari tiap puskesmas . berikut ini adalah kegiatan pokok puskesmas

1. Upaya kesehatan ibu dan anak
 - a. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil, ibu melahirkan, ibu menyusui, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah
 - b. Memberikan nasihat tentang makanan guna mencegah gizi buruk
 - c. Imunisasi
 - d. Pemberian nasihat mengenai perkembangan anak dan cara menstimulasinya
 - e. Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah untuk penyakit ringan
2. Upaya keluarga berencana

a. Mengadakan kursus keluarga berencana untuk para ibu dan calon ibu yang mengunjungi KIA

b. Mengadakan kursus keluarga berencana kepada dukun yang kemudian akan bekerja sebagai penggerak calon peserta keluarga berencana

c. Memasang IUD , cara-cara penggunaan pil, kondom dengan member sarannaya.

3. Upaya perbaikan gizi

a. Mengenali penderita-penderita kekurangan gizi

b. Mengembangkan program perbaikan gizi

c. Memberikan pendidikan gizi kepada masyarakat

4. Upaya kesehatan lingkungan

Kegiatan – kegiatan utama kesehatan lingkungan yang dilakukan staf puskesmas di antaranya adalah:

a. Penyehatan air bersih

b. Penyehatan pembuangan kotoran

c. Penyehatan lingkungan perumahan

d. Penyehatan air buangan/limbah

e. Pengawasan sanitasi tempat umum

f. Penyehatan makanan dan minuman

g. Pelaksanaan peraturan perundangan

5. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular

a. Mengumpulkan dan menganalisa data penyakit

b. Melaporkan kasus penyakit menular

c. Menyelidiki benar atau tidak laporan yang masuk

d. Tindakan permulaan untuk menahan penyakit menular

e. Menyembuhkan penderita , hingga tidak lagi menjadi sumber penyakit

f. Pemberian imunisasi

g. Pemberantasan vector

h. Pendidikan kesehatan kepada masyarakat

6. Upaya pengobatan

a. Melaksanakan diagnosis sedini mungkin melalui pengkajian riwayat penyakit, mengadakan pemeriksaan fisik, mengadakan pemeriksaan laboraatorium, dan membuat diagnosis

b. Melaksanakan tindakan pengobatan

c. Melakukan upaya rujukan

7. Upaya penyuluhan kesehatan masyarakat

- a. Kegiatan penyuluhan kesehatan dilakukan oleh petugas di klinik , rumah,dan kelompok-kelompok masyarakat
- b. Di tingkat puskesmas tidak ada petugas penyuluhan tersendiri, tetapi di tingkat kabupaten di adakan tenaga-tenaga coordinator penyuluhan kesehatan

D. Peran puskesmas

Dalam konteks otonomi daerah saat ini, puskesmas mempunyai peran yang sangat vital. Sebagai institusi pelaksana teknis, puskesmas di tuntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk keikutsertaan untuk menentukan kebijakan daerah melalui system perencanaan yang matang , tata laksana kegiatan yang tersusun rapi, serta system evaluasi dan pemantauan yang akurat.puskesmas juga di tuntut dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara kompeherensif dan terpadu

E. Wilayah kerja puskesmas

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kacamata. Factor kepadatan penduduk , luas daerah geografis dan keadaan infra struktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Puskesmas merupakan perangkat pemerintah daerah tingkat II , sehingga pembagian wilayah kerja puskesmas di tetapkan oleh Bupati, mendengar saran teknis dari kantor Wilayah Departemen Kesehatan Provinsi. Di kota besar wilayah kerja biasa satu kelurahan. Sedangkan puskesmas di ibu kota kecamatan merupakan puskesmas rujukan yang berfungsi sebagai pusat rujukan dari puskesmas kelurahan yang juga mempunyai fungsi koordinasi. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah puskesmas rata-rata- 30 ribu penduduk setiap puskesmas

F. Fasilitas penunjang

Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan , maka puskesmas perlu di tunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang di sebut puskesmas pembantu dan puskesmas keliling

1. Puskesmas pembantu

Puskesmas pembantu lebih sering disebut Pustu atau Pusban, merupakan unit pelayanan kesehatan yang sederhana yang berfungsi menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dilakukan puskesmas sebagai ruang lingkup wilayah yang kecil.

2. Puskesmas keliling

Puskesmas keliling merupakan unit pelayanan kesehatan keliling yang di lengkapi dengan kendaraan bermotor roda dua atau prahu motor, peralatan kesehatan , peralatan komunikasi, serta sejumlah tenaga yang berasal dari puskesmas dalam wilayah yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan.

Kegiatan pelayanan kesehatan

- a. Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di daerah terpencil atau daerah yang sulit di jangkau oleh pelayanan kesehatan
- b. Melakukan penyelidikan tentang kejadian luar biasa
- c. Dapat dipergunakan sebagai alat transportasi penderita dalam rangka rujukan bagi kasus darurat
- d. Melakukan penyuluhan kesehatan dengan menggunakan alat audio visual.

3. Bidan desa

Setiap daerah pasti di sediakan seorang bidan yang bertanggung jawab langsung kepada kepala kesehatan. Wilayah kerja bidan desa adalah satu desa dengan jumlah penduduk rata-rata 3000 jiwa. Tugas bidan desa adalah membina peran serta masyarakat melalui pembinaan posyandu dan pembinaan kelompok desa dasawarsa serta pertolongan persalinan di rumah penduduk.

Kedudukan puskesmas

1. Kedudukan administrasi

Puskesmas membantu perangkat desa daerah pemerintahan daerah tingkat dua dan bergantung jadwal langsung, baik secara teknis maupun administratif kepada kepala kesehatan daerah tingkat dua

2. Kedudukan dalam hierarki pelayanan kesehatan

Sesuai dengan SKN, puskesmas berkedudukan pada tingkat fasilitas kesehatan pertama.

Struktur organisasi dan tata kerja

1. Unsur pimpinan; Kepala puskesmas
2. Unsur pembantu pemimpin; Urusan tata usaha
3. Unsur pelaksana ; Unit I,II,III,IV,V VI, VII

Tugas pokok puskesmas

1. Kepala puskesmas: Bertugas memimpin dan mengawasi kegiatan puskesmas
2. Kepala urusan tata usaha : Mempunyai tugas di bidang kepegawaian, keuangan, Dll
3. Unit 1: Melaksanakan kegiatan kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana dan perbaikan gizi
4. Unit II: Melakukan kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit
5. Unit III: Melaksanakan kegiatan kesehatan gigi dan mulut serta kesehatan tenaga kerja dan manula
6. Unit IV: Melaksanakan kegiatan kesehatan masyarakat, sekolah dan olahraga
7. Unit V: Melaksanakan kegiatan pembinaan, pengembangan dan penyuluhan
8. Unit VI: Melaksanakan kegiatan pengobatan rawat jalan dan inap
9. Unit VII: Melakukan tugas kefarmasian

Program puskesmas

1. Kesejahteraan ibu dan anak (KIA)
2. Keluarga berencana
3. Usaha peningkatan gizi
4. Kesehatan lingkungan
5. Pemberantasan penyakit menular
6. Upaya pengobatan, termasuk pelayanan darurat kecelakaan
7. Penyuluhan kesehatan masyarakat
8. Usaha kesehatan sekolah
9. Kesehatan olahraga
10. Perawatan kesehatan masyarakat
11. Usaha kesehatan kerja
12. Usaha kesehatan gigi dan mulut
13. Usaha kesehatan jiwa
14. Kesehatan mata
15. Laboratorium
16. Pencatatan dan pelaporan system informasi kerja
17. Kesehatan usia lanjut
18. Pembinaan pengobatan tradisional

Jangkauan pelayanan kesehatan

Tidak semua masyarakat dapat terjangkau oleh puskesmas pusat oleh karena itu ada puskesmas pembantu dan bidan.

Dukungan rujukan

1. Sistem rujukan upaya kesehatan adalah system jaringan pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadi penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas timbulnya masalah dari suatu kasus atau masalah kesehatan masyarakat, baik secara vertical maupun horizontal

2. Jenis rujukan

a. Rujukan medis

1. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostic pengobatan, tindakan, operatif, dll
2. Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap
3. Medatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan pelayanan kesehatan

b. Rujukan kesehatan

Menyangkut masalah kesehatan masyarakat yang bersifat preventif, dan promotif

1. Survey epidemiologi dan pemberantasan penyakit atas kejadian luarbiasa atau terjangkitnya penyakit menular

2. Pemberian pangan atas terjadinya kelaparan di suatu wilayah
3. Penyelidikan penyebab keracunan, bantuan teknologi penanggulangan keracunan dan bantuan obat –obatan atas terjadinya masalah keracunan
4. Pemberian makanan, tempat tinggal dan obat-obatan untuk pengungsi atas terjadinya bencana alam
5. Sarana dan teknologi untuk penyediaan air bersih atas kekurangan air bersih masyarakat umum
6. Pemeriksaan specimen air laboratorium kesehatan dll

3. Tujuan system rujukan upaya kesehatan

a. Tujuan umum

Dihasilkannya pemerataan usaha pelayanan kesehatan yang didukung kualitas pelayanan yang optimal dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna

b. Tujuan khusus

1. Dihasilkannya upaya pelayanan kesehatan klinik yang bersifat kuratif dan rehabilitatif secara berhasil guna dan berdaya guna
2. Dihasilkannya upaya kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif guna dan berdaya guna
4. Jenjang tingkat pelayanan kesehatan
5. Alur rujukan

Rujukan medis

- a. Internal antara petugas medis
- b. Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
- c. Antara masyarakat dan puskesmas
- d. Antara puskesmas yang satu dengan puskesmas yang lain
- e. Antara puskesmas dengan rumah sakit , laboratorium atau fasilitas kesehatan
6. Upaya peningkatan mutu rujukan

Langkah-langkah;

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas dalam menampung rujukan dari puskesmas pembantu dan pos kesehatan lain dari masyarakat
- b. Mengadakan rujukan antara dengan mengadakan ruang tambahan untuk 10 tempat tidur perawatan penderita gawat darurat dilokasi strategis
- c. Meningkatkan sarana komunikasi anatara unit pelayanan kesehatan
- d. Menyediakan puskesmas keliling di setiap kecamatan
- e. Menyediakan sarana pencatatan dan pelaporan bagi system rujukan
- f. Meningkatkan upaya dana sehat masyarakat untuk menunjang masyarakat

Pukesmas perawatan

Adalah puskesmas yang di beri tambahan ruang dan fasilitas untuk menolong penderita gawat darurat , baik berupa tindakan operatif terbatas maupun rawat inap sementara

Berikut ini adalah puskesmas perawatan

- a. Puskesmas terletak kurang lebih 20 km dari rumah sakit
- b. Puskesmas mudah dicapai dengan kendaraan bermotor
- c. Puskesmas di pimpin oleh dokter dan telah mempunyai tenaga yang memadai
- d. Jumlah kunjungan puskesmas minimal 100 orang perhari
- e. Penduduk wilayah keraja puskesmas dan penduduk wilaya 3 puskesmas di sekitarnya
- f. Pemerintah daerah bersedia menyediakan dana rutin yang memadai

Fungsi

1. Kegiatan

- a. Melakukan tindakan operatif terbatas terhadap penderita gadar dan merawat sementara penderita gadar untuk observasi penderita dalam rangka diagnostic dengan rata-rata 3-7 hari perawatan,
- b. Melakukan pertolongan sementara untuk pengiriman penderita ke RS ,
- c. Memberikan pertolongan persalinan bagi kehamilandenngan resiko tinggi dan persalinan dengan penyulit
- d. Melakuan metode operasi pria dan metode operasi wanita untuk KB

2. Ketenagaan

Dua orang yang telah mendapatkan pelatihan klinis di RS selama 6 bulan dalam bidang bedah , obstetri, dan ginekologi. Pediatric, internis , satu orang perawat yang telah dilatih selama 6 bulan berada di bidang perawatan bedah , kebidanan , pediatric, serta penyakit dalam. Tiga orang perawat atau bidan diberi tugas bergilir dan satu orang pekerja kesehatan tamatan SMA atau lebih

3. Sarana

Memerlukan tempat untuk melakukan kegiatan yang akan di laksanakan yaitu denga menyediakan luas bangunan, ruangan, ruang pelayanan, serta peralatan yang lengkap yaitu ruang rawat tinggal yang memadai (nyaman;luas dan terpisah antara anak-anak, wanita dan laki-laki untuk menjaga privasi) ruangan operasi dan ruangan post-operasi, ruangan persalinan (termasuk ruangan menyusui sekaligus ruang recovery), kamar perawat jaga, serta kamar linen dan cuci

4. Peralatan medis

Peralatan operasi terbatas , peralatan obstetric potologis, peralatan vasektomi dan tubektomi , peralatan resusitasi dan minimal 10 tempat tidur dengan peralatan perawatan

5. Alat komunikasi dan transportasi

- a. Telefon atau radio komunikasi jarak sedang

b. Minimal 1 ambulan

BAB IV

KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan alasan keluarga sebagai unit pelayanan keperawatan
2. Menjelaskan definisi dan batasan keluarga
3. Menjelaskan tingkat praktik pelayanan keperawatan keluarga
4. Menjelaskan struktur keluarga dan fungsi keluarga
5. Menjelaskan proses dan strategi koping keluarga
6. Menjelaskan tingkat pencegahan dalam keluarga
7. Menjelaskan peran perawat keluarga

A. Keluarga Sebagai Fokus Sentral Pelayanan Keperawatan

Salah satu aspek yang penting dalam keperawatan adalah keluarga. Keluarga unit terkecil dalam masyarakat merupakan klien keperawatan atau sipenerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan keperawatan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keluarga merupakan unit terkecil dari komunitas yang didalamnya ada individu-individu yang saling berinteraksi dan memiliki hubungan emosional, psikososial, budaya, dan spiritual.

Keberhasilan Keperawatan di rumah Sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak menjadi tidak dilanjutkan oleh keluarga di rumah. Secara empiris dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga sangat berhubungan atau sangat signifikan. Dinamika dalam suatu keluarga akan mempengaruhi kestabilan komunitas terutama dalam hal kesehatan yang berkaitan dengan tahap perkembangan keluarga. Kondisi keluarga tersebut berbeda-beda antara daerah rural dan urban. Hal ini perlu menjadi perhatian bagi tenaga kesehatan untuk mempertahankan kondisi keluarga yang sehat baik jasmani dan rohani.

Keluarga menempati posisi diantara individu dan masyarakat, sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapat dua keuntungan sekaligus. Keuntungan pertama adalah memenuhi kebutuhan individu, dan keluarga, kedua adalah memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus mampu memperhatikan nilai-nilai, budaya keluarga sehingga keluarga dapat menerima.

Pada spesialisasi sekarang ini, pelayanan kesehatan, terutama pelayanan pengobatan, pengawasan kesehatan keluarga dan koordinasi macam-macam pelayanan kesehatan oleh tim kesehatan makin menjadi kewajiban perawat. Hal ini bukan hal baru, perawat kesehatan masyarakat sejak dahulu telah mengakui bahwa keluarga merupakan focus pelayanan perawatan yang mereka berikan. Sehubungan dengan adanya spesialisasi dengan adanya spesialisasi dan superspesialisasi dalam pengobatan, maka orientasi pelayanan kesehatan serta cara-cara penyampaian berubah dari orientasi rumah sakit ke masyarakat, dari orientasi penyakit ke kesehatan dan dari orientasi pengobatan ke pencegahan dan peningkatan kesehatan.

Perawatan kesehatan keluarga (*Family Health Nursing*) adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau satu kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuannya dan melalui perawatan sebagai sarannya. Dalam perawatan kesehatan masyarakat, yang menerima pelayanan perawatan dibagi 3 tingkat, yaitu: tingkat individu, tingkat family atau keluarga dan tingkat community atau masyarakat.

Tingkat Individu

Perawat memberi pelayanan perawatan kepada individu dengan kasus-kasus tertentu, pasien dengan tuberculosis, pasien dengan diabetes, ibu hamil, dan sebagainya yang mereka jumpai di poliklinik. Perawat melihat kasus ini sebagai individu dengan memperhatikan atau tanpa memberi perhatian kepada keluarga atau masyarakat dimana pasien ini adalah anggotanya. Individu yang menjadi sasaran perawatan dan yang menjadi pusat perhatian adalah masalah kesehatan individu itu serta pemecahan masalahnya. Keluarga pasien tidak mutlak diikutsertakan dalam pemecahan masalah.

Tingkat Keluarga

Daalam tingkatan ini yang menjadi sasaran pelayanan adalah keluarga. Yang dimaksud dengan keluarga disini adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain di dalam peranannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan. Dalam tingkatan ini, anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan akan dirawat sebagai anggota keluarga.

Yang menjadi pusat dari perawatan adalah keluarga. Maka perawat akan menghadapi pasien yaitu keluarga dengan ibu hamil, keluarga dengan ayah berpenyakit tuberculosi, keluarga dengan anak retardasi dan sebagainya.

Tingkat Masyarakat

Masyarakat adalah kumpulan dari keluarga-keluarga. Kata masyarakat mengandung arti geografis dan sosio-budaya. Yang menjadi obyek dan subyek perawatan adalah kelompok masyarakat pada daerah tertentu dengan permasalahan keehatan, misalnya masyarakat dengan kejadian demam berdarah atau cholera.

Keluarga Sebagai pasien atau Unit Pelayanan Perawatan

Alasan-alasan utama meninjau keluarga ebagai unit pelayanan perawatan. Prinsip utama dalam perawatan kesehatan masyarakat mengatakan bahwa keluarga adalah unit atau kesatuan dari pelayanan keehatan. Freidman memberikan beberapa alasan:

1. Kelaurag adalah unit utama dari masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.
2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan yang ada dalam kelompoknya itu sendiri.
3. Masalah keehatan dalam keluarga saling berkaitan.
4. Dalam memelihara psien sebagai individu, keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam pemeliharaannya.
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai usaha-usaha keehatan masyarakat.

Sifat-Sifat Keluarga Sebagai Sistem

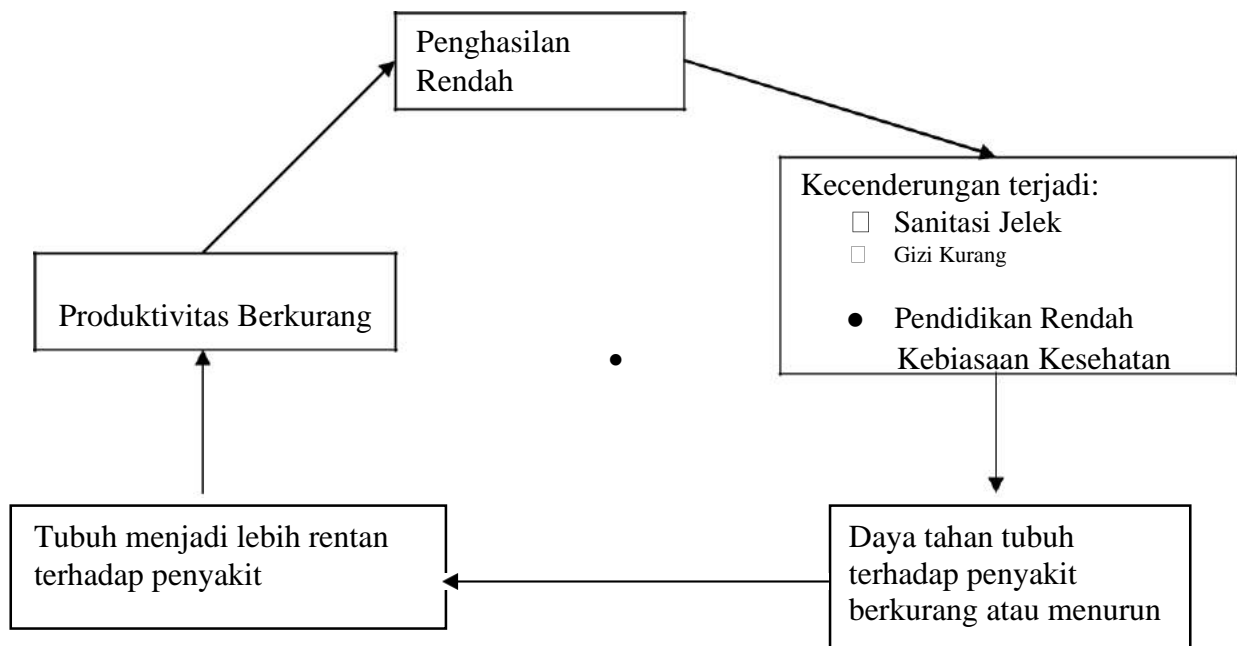
Keluarga tidak dipandang dari jumlah anggotanya. Sebagai kelompok keluarga memiliki reaksi dan cara yang unik menghadapi masalahnya. Cara berkomunikasi, mengambil keputusan, sikap dan nilai, cita-cita, hubunganyadengan masyarakat dan gaya hidupnya, semuanya ini berbeda-beda bagi setiap keluarga.

Keluarga sebagai kesatuan atau organisme yang berfungsi sangat dipengaruhi oleh zaman dan tempatnya. Besarnya keluarga, struktur keluarga, nilai-nilainya dan juga

gaya hidupnya dapat berubah sesuai dengan tempatnya. Keluarga di kota sangat berbeda dengan keluarga di desa. Seperti individu, keluarga juga mempunyai siklus perkembangan. Dari segi besar dan komposisinya, keluarga dimu;ai dari pasangan yang menikah., memilki anak, dewasa, dan keluarga tua. Dimana perkembangan keluarga yang dewasa adalah keluarga yang mandiri, sanggup memikul tanggung jawab dan memainkan peranannya dengan baik.

Beban Kasus Keluarga

Beban kasus keluarga (**family case load**) dalah jumlah macam kasus dalam keluarga yang dipelihara/dibina oleh seorang perawat dalam jangka waktu tertentu. Pada umumnya keluarga yang ditangani oleh perawat adalah keluarga-keluarga yang mempunyai masalah dan kebanyakan keluarga ini ada;lah keluarga dengan penghasilan yang rendah. Hal ini dapat dimengerti karena kebutuhan akan pelayanan dan bimbingan perawatan lebih tinggi pada kalangan masyarakat yang berpenghasilan rendah.



Dalam pemberian perawatan keluarga pengambilan keputusan tetap pada keluarga. Perawat hanya membantu keluarga dalam mendapatkan keterangan dan pandangan

yang realisti terhadap masalah keunggulan dan kelemahan tiap tindakan yang mereka hadapi. Sehingga semua penentuan kebijakan dan keputusan adalah menjadi hak, kewajiban dan tanggung jawab keluarga, dimana perawat hanya memfasilitasinya.

Fokus Keperawatan Keluarga

Atribut keluarga (Stuart, dalam Scroeder & Affara, 2001):

1. Unit sistem
2. Komitmen, saling melengkapi & memenuhi tanggung jawab
3. Perhatian pada fungsinya; perlindungan, pemenuhan nutrisi, sosialisasi
4. Anggota bisa berhubungan atau tidak
5. Dapat memiliki anak ataupun tidak

Keluarga: Fokus Sentral

1. Sumber daya kritis untuk membawa pesan-pesan kesehatan.
2. Unit apabila ada disfungsi di dalam (penyakit, cedera, perpisahan) dapat mempengaruhi anggotanya.
3. Hubungan yang kuat antara keluarga dengan status kesehatan anggotanya
4. Upaya penemuan kasus
5. Pemahaman yang lebih jelas terhadap individu dan fungsinya apabila individu-individu tersebut di pandang dalam konteks keluarga
6. Sistem pendukung yang vital bagi anggotanya

Interaksi Keluarga Dengan Rentang Sehat/Sakit

1. Upaya keluarga dalam promosi kesehatan
2. Penilaian terhadap gejala penyakit pada keluarga
3. Pencarian perawatan
4. Rujukan dan mendapatkan perawatan
5. Respon akut terhadap sakit oleh klien dan keluarga
6. Adaptasi terhadap sakit dan pemulihan

Penilaian Terhadap Gejala

1. Tahu gejala

2. Interpretasi keseriusan, kemungkinan penyebab, pentingnya masalah atau arti terhadap suatu masalah
3. Ditemukan berbagai tahapan perhatian terhadap gejala oleh individu dan keluarga
4. Tahap ini terdiri dari keyakinan keluarga terhadap gejala atau penyakit setiap anggota keluarga dan bagaimana penanganan penyakitnya

Keperawatan Keluarga: Batasan Keahlian

Bidang keahlian khusus: memilah area spesialis lain dalam keperawatan. Saat ini menunjukkan perkembangan.

1. Didefinisikan sbg perawatan yg meliputi proses keperawatan pada keluarga & anggotanya dalam situasi sehat-sakit
2. Level keperawatan keluarga dalam praktiknya tergantung pada perawat keluarga mengkonseptualisasikan keluarga dan bekerja dengan konsep tersebut
3. Nama: keperawatan kesehatan keluarga, keperawatan keluarga, sistem keperawatan keluarga, keperawatan yang berpusat pada keluarga
4. Praktiknya: berorientasi sehat, holistik, sistemik, & perspektif interaksional, menggunakan kekuatan yang ada di keluarga

B. Definisi dan Batasan Keluarga

Banyak ahli menguraikan pengertian keluargasesuai dengan perkembangan social masyarakat. berikut akan dikemukakan beberapa pengertian keluarga.

Reisner (1980)

Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak, kakek dan nenek.

Logan's (1979)

Keluarga adalah sebuah system sosial dan sebuah kumpulan beberapa komponen yang saling berinteraksi satu dengan yang lainnya.

Gillis (1983)

Keluarga adalah sebagaimana sebuah kesatuan yang kompleks dengan atribut yang dimiliki tetapi terdiri dari beberapa komponen yang masing-masing mempunyai arti sebagaimana unit individu.

Duvall

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social dari tiap anggota.

Bailon dan Maglaya

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

Johnson's (1992)

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terkait dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, yang mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan orang yang lainnya.

Lancaster dan Stanhope (1992)

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang berasal dari kelompok keluarga yang sama atau yang berbeda dan saling mengikutsertakan dalam kehidupan yang terus menerus, biasanya bertempat tinggal dalam satu rumah, mempunyai ikatan emosional dan adanya pembagian tugas antara satu dengan yang lainnya.

Jonasik dan Green (1992)

Keluarga adalah sebuah system yang saling tergantung, yang mempunyai dua sifat: keanggotaan dalam keluarga dan berinteraksi dengan anggota yang lainnya.

Bentler et. al (1989)

Keluarga adalah sebuah kelompok social yang unik yang mempunyai kebersamaan seperti pertalian darah/ikatan keluarga, emosional, memberikan perhatian asuhan, tujuan, orientasi kepentingan dan memberikan asuhan untuk berkembang.

National Center for Statistics (1990)

Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang berhubungan dengan kelahiran, perkawinan, atau adopsi dan tinggal bersama dalam satu rumah.

Spradley dan Allender (1996)

Keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional, dan mengembangkan dalam interelasi social, peran dan tugas.

Dari beberapa pengertian tentang keluarga maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah:

- a. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikt oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersaa atau jika berpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain
- c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain da masing-masing mempunyai peran social,,: suami, isteri, anak, kakak, adik.
- d. Mempunyai tujuan; menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan social anggota.

Tipe Keluarga

Keluarga memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayaan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka Ners. perlu mengetahui berbagai tipe keluarga

1. Tradisional

- a. The nuclear family (keluarga inti)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.

b. The dyad family

Keluarga yang terdiri dari suami dan isteri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

c. Keluarga usila

Keluarga yang terdiri dari suami dan isteri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

d. The childless family

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.

e. The extended family

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai paman, tante, orang tua (kakek-nenek), keponakan, dll.

f. The single-parent family

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak, hal ini terjadi biasanya melalui proses perceraian, kematian atau karena ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).

g. Commuter family

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat "weekends" atau pada waktu-waktu tertentu.

h. Multigenerational family

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

i. Kin-network family

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contoh: dapur, kamar mandi, televisi, telepon, dll.

j. Blended family

Duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.

k. The single adult living alone/single-adult family

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi) seperti: perceraian atau ditinggal mati.

2. Non Tradisional

a. The unmarried teenage mother

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

b. The stepparent family

Keluarga dengan orang tua tiri.

c. Commune family

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama; sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

d. The nonmarital heterosexual cohabiting family

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

e. Gay and lesbian families

Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana 'marital partners'.

f. Cohabiting family

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

g. Group-marriage family

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang saling merasa saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya.

h. Group network family

Keluarga inti yang dibatasi oleh set aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

i. Foster family

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara di dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

j. Homeless family

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

k. Gang

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

C. Praktik Pelayanan Keperawatan Keluarga

Karakteristik Praktik Keperawatan Keluarga

1. Pengenalan dan integrasi konsep keluarga
2. Aplikasikan persepektif yang lebih luas seperti yang teridentifikasi dalam pendekatan perawat terhadap asuhan keperawatan terutama dalam melakukan pengkajian keluarga
3. Fokus pada interaksi keluarga dan dinamika keluarga
4. Melibatkan anggota keluarga dalam asuhan, terutama dalam mengambil keputusan dan pemberian asuhan

Faktor peningkatan perkembangan keperawatan keluarga

1. Meningkatnya pengenalan dalam keperawatan & masyarakat terhadap kebutuhan promosi kes & bukan scr praktis berorientasi pd penyakit
2. Peningkatan jumlah populasi lansia dan pertumbuhan penyakit kronik
3. Berkembangnya kesadaran keluarga untuk lebih memperhatikan masalah keluarga di komunitas

4. Penerimaan secara umum teori-teori yang didasarkan keluarga seperti teori interpersonal tertentu.
5. Terapi keluarga dan perkawinan beralih dan tumbuh dalam pedoman klinik dan layanan anak, perkawinan dan keluarga
6. Pertumbuhan penelitian-penelitian keluarga dan penemuan yang signifikan mendorong perkembangan keperawatan keluarga

Tingkatan Praktik Keperawatan Keluarga

Tingkat I: Keluarga Sebagai Konteks

1. Keperawatan keluarga dikonseptualisasikan sebagai bidang dimana keluarga dipandang sebagai konteks bagi klien atau anggota keluarga.
2. Asuhan keperawatan berfokus pada individu.
3. Keluarga merupakan latar belakang atau fokus sekunder & individu bagian terdepan atau fokus primer yang berkaitan dengan pengkajian & intervensi
4. Perawat dapat melibatkan keluarga sampai tingkatan tertentu
5. Kebanyakan area spesialis memandang keluarga sebagai lingkungan sosial yang krusial dari klien, dengan demikian keluarga menjadi sumber dukungan utama. Ini disebut asuhan berfokus pada keluarga

Tingkat II: Keluarga Sebagai Penjumlahan Anggotanya

1. Keluarga dipandang sebagai kumpulan atau jumlah anggota keluarga secara individu, oleh karena itu perawatan diberikan pada semua anggota keluarga.
2. Model ini dipraktekkan secara implisit dalam keperawatan kesehatan komunitas.
3. Dalam tingkatan ini, garis depannya adalah masing-masing klien yang dilihat sebagai unit yang terpisah dari unit yang berinteraksi

Tingkat III: Subsistem Keluarga Sebagai Klien

1. Subsistem keluarga adalah fokus dan penerima pengkajian dan intervensi.
2. Keluarga inti, keluarga besar dan subsistem keluarga lainnya adalah unit analisis dan asuhan.
3. Contoh *foci* keperawatan adalah hubungan anak dan orangtua, interaksi perkawinan, isu-isu pemberi perawatan, dan perhatian (*concern*) pada *bonding attachment*

Tingkat IV: Keluarga Sebagai Klien

1. Keluarga dipandang sebagai klien atau sebagai fokus utama pengkajian atau asuhan.
2. Keluarga menjadi bagian depan dan anggota keluarga secara individu sebagai latar belakang atau konteks
3. Keluarga dipandang sebagai sistem yang saling berinteraksi
4. Fokus hubungan dan dinamika keluarga secara internal, fungsi dan struktur keluarga sama baik dalam berhubungan dengan subsistem keluarga dalam keseluruhan dan dengan lingkungan luarnya
5. Sistem keperawatan keluarga menggunakan pengkajian klinik lanjut (*advanced*) & ketrampilan intervensi berdasarkan pada integrasi keperawatan, terapi keluarga dan teori sistem

D. Struktur dan Fungsi Keluarga

Struktur dan fungsi merupakan hubungan yang dekat dan adanya interaksi yang terus menerus antara yang satu dengan yang lainnya. Struktur didasari oleh organisasi (keanggotaan dan pola hubungan yang terus menerus). Hubungan dapat banyak dan kompleks seperti: seorang wanita bisa sebagai istri, sebagai ibu, sebagai menantu dll yang semua itu mempunyai kebutuhan, peran dan harapan yang berbeda. Seorang perawat ketika melakukan pengkajian struktur keluarga bisa menanyakan:

- a. Siapa saja yang ada dalam keluarga ini?
- b. Siapa yang melakukan tugas itu?
- c. Siapa yang mengambil keputusan?

Struktur keluarga dapat diperluas dan dipersempit tergantung dari kemampuan keluarga tersebut untuk merespon stressor yang ada dalam keluarga. Struktur di dalam keluarga yang sangat kaku dan fleksibel akan dapat merusak fungsi didalam keluarga.

Menurut **Friedman** (1986) fungsi dalam keluarga merupakan apa yang dikerjakan dalam keluarga sedangkan fungsi keluarga meliputi proses yang digunakan dalam keluarga untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Proses ini meliputi komunikasi antar anggota keluarga, tujuan, pemecahan konflik, pemeliharaan, dan penggunaan sumber internal dan eksternal. Tujuan reproduksi, seksual, ekonomi dan pendidikan dalam

keluarga memerlukan dukungan secara psikologi antar anggota keluarga, apabila dukungan tersebut tidak didapatkan maka akan menimbulkan konsekuensi emosional seperti marah, depresi, perilaku yang menyimpang dsb. Tujuan yang ada didalam keluarga akan lebih mudah dicapai apabila terjadi komunikasi yang jelas dan secara langsung. Komunikasi tersebut akan mempermudah menyelesaikan konflik dan pemecahan masalah.

Fungsi Keluarga Yang Berhubungan Dengan Struktur

1. Struktur egalisasi: masing-masing keluarga mempunyai hak yang sama dalam menyampaikan pendapat (demokrasi)
2. Struktur yang hangat, menerima dan toleransi
3. Struktur yang terbuka, dan anggota yang terbuka: mendorong kejujuran dan kebenaran (*honesty* dan *authenticity*)
4. Struktur yang kaku: suka melawan dan tergantung pada peraturan
5. Struktur yang bebas: tidak adanya peraturan yang memaksakan (*permissiveness*)
6. Struktur yang kasar: abuse (menyiksa, kejam, dan kasar)
7. Suasana emosi yang dingin (isolasi, sukar berteman)
8. Disorganisasi keluarga (disfungsi individu, stres emosional)

Fungsi Keluarga menurut Friedman (1992) adalah:

1. Fungsi afektif dan koping: keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stres.
2. Fungsi sosialisasi: keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping; memberikan feedback; dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.
3. Fungsi reproduksi: keluarga melahirkan anaknya
4. Fungsi ekonomi: keluarga memberikan financial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat.
5. Fungsi fisik: keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

Fungsi Keluarga menurut Allender (1998)

1. *Affection*
 - a. menciptakan suasana persaudaraan/menjaga perasaan
 - b. mengembangkan kehidupan sexual dan kebutuhan sexual
 - c. menambah anggota baru
2. *Security and acceptance*
 - a. mempertahankan kebutuhan fisik
 - b. menerima individu sebagai anggota
3. *Identity and satisfaction*
 - a. mempertahankan motivasi
 - b. mengembangkan peran dan self-image
 - c. mengidentifikasi tingkat sosial dan kepuasan aktivitas
4. *Affiliation and companionship*
 - a. mengembangkan pola komunikasi
 - b. mempertahankan hubungan yang harmonis
5. *Socialization*
 - a. mengenal kultur (nilai dan perilaku)
 - b. aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal
 - c. melepas anggota
6. *Controls*
 - a. mempertahankan kontrol sosial
 - b. adanya pembagian kerja
 - c. Penempatan dan menggunakan sumber daya yang ada

Fungsi Keluarga menurut BKKBN (1992)

- a. fungsi keagamaan
- b. fungsi sosial budaya
- c. fungsi cinta kasih
- d. fungsi melindungi
- e. fungsi reproduksi
- f. fungsi sosialisasi dan pendidikan
- g. fungsi ekonomi
- h. fungsi pembinaan lingkungan

Fungsi keluarga dengan orang tua (usila)

Fungsi keluarga harus dimodifikasi untuk mengetahui kebutuhan yang spesifik pada usila dan memfokuskan pada:

1. memperhatikan kebutuhan fisik secara penuh,
2. memberikan kenyamanan dan support emosional,
3. mempertahankan hubungan dengan keluarga dan masyarakat
4. menanamkan perasaan pengertian hidup
5. memajemen krisis

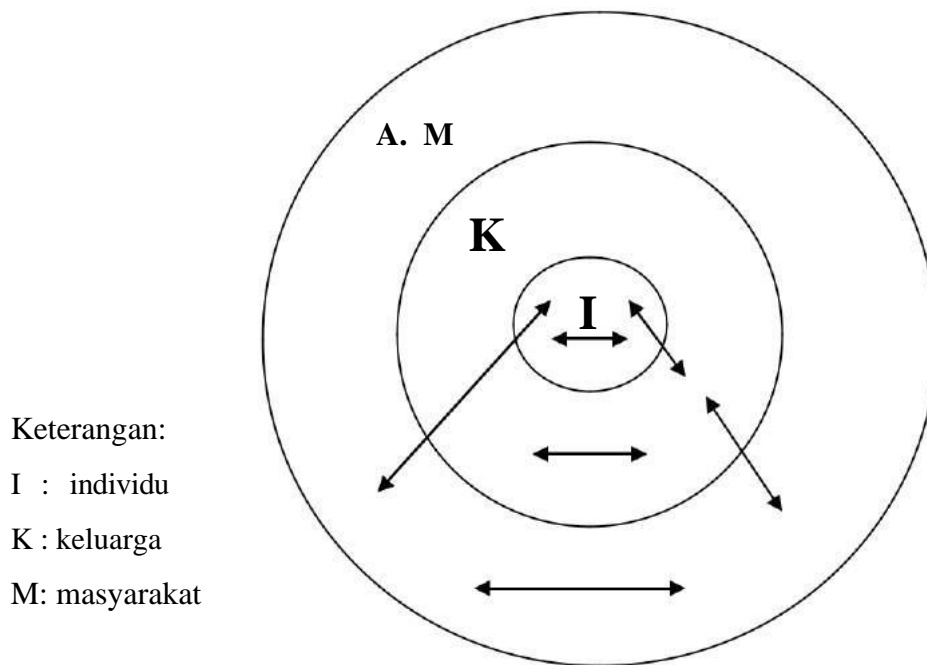
Untuk mengetahui fungsi keluarga terhadap usila dapat menggunakan kalimat tanya sbb:

1. Siapa yang mengecek pada usila secara teratur?
2. Siapa yang berbelanja dengan /untuk usila?
3. Siapa yang mengontrolkan ke dokter pada usila?
4. Siapa yang membantu mengatasi masalahnya?
5. Siapa yang melakukan perawatan ketika usila sakit?
6. Siapa yang membantu usila dalam mengambil keputusan?.

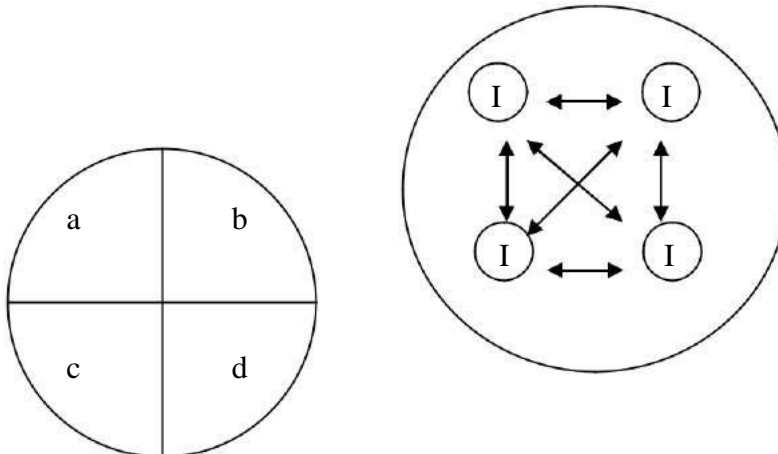
Karakteristik Dari Sistem Keluarga (Sistem Terbuka)

1. Komponen: dalam suatu keluarga masing-masing anggota mempunyai sifat interdependensi; interaktif dan mutual.
2. Batasan: dalam suatu keluarga pasti adanya batasan (filter) yang digunakan untuk menyeleksi informasi yang masuk dan yang keluar. Batasan masing-masing keluarga akan berbeda tergantung dari bbrp faktor seperti; sosial, budaya, ekonomi, spiritual dll
3. Keberadaan: keluarga merupakan bagian dari sistem yang lebih luas yaitu masyarakat.
4. Terbuka (batas yang permeabel) dimana di dalam keluarga terjadi pertukaran antar sistem.
5. Mempunyai: masing-masing keluarga mempunyai organisasi/struktur yang akan berpengaruh di dalam fungsi yang ada dari anggotanya.

Sistem Keluarga



Kep. sistem keluarga sbg unit pelayanan



Struktur Keluarga Menurut Friedman (1988)

- Pola dan proses komunikasi
- Struktur peran
- Struktur kekuatan (*power*)
- Nilai dan norma keluarga (*family values*)

Struktur Kekuatan Dalam Keluarga

(kekuatan, otoritas, dominasi, pengaruh)

Struktur kekuatan keluarga merupakan kemampuan (potensial/aktual) dari individu untuk mengontrol atau mempengaruhi atau merubah perilaku orang lain (anggota keluarganya). Beberapa macam struktur kekuatan:

- a. *Legitimate power/authority* (hak untuk mengontrol) seperti orang tua terhadap anak.
- b. *Referent power* (seseorang yang ditiru)
- c. *Resource or expert power* (pendapat, ahli dll)
- d. *Reward power* (pengaruh kekuatan karena adanya harapan yang akan diterima)
- e. *Coercive power* (pengaruh yang dipaksakan sesuai keinginannya)
- f. *Informational power* (pengaruh yang dilalui melalui persuasi)
- g. *Affective power* (pengaruh yang diberikan melalui manipulasi dengan cinta kasih misalnya hubungan seksual)

Hasil dari kekuatan tersebut yang akan mendasari suatu proses dalam pengambilan keputusan dalam keluarga seperti:

1. Konsensus
2. Tawar menawar
3. Kompromi
4. Paksaan

Komunikasi Dalam Keluarga

Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi seperti: *sender, channel-media, message, environment, dan receiver.*

Komunikasi di dalam keluarga yang berfungsi adalah:

Karakteristik pengirim yang berfungsi:

- a. yakin ketika menyampaikan pendapat
- b. jelas dan berkualitas
- c. meminta *feedback*
- d. menerima *feedback*

Pengirim yang tidak berfungsi adalah:

- a. lebih menonjolkan asumsi (perkiraan tanpa menggunakan dasar/data yang obyektif)
- b. ekspresi yang tidak jelas contoh marah yang tidak diikuti ekspresi wajahnya
- c. *judgmental expressions* yaitu ucapan yang memutuskan/menyatakan sesuatu yang tidak didasari pertimbangan yang matang contoh: ucapan salah/benar; baik/buruk; normal/tidak normal. Suatu contoh dalam kalimat: “ kamu ini nakal” atau “kamu harus ” dsb.
- d. tidak mampu mengemukakan kebutuhan.
- e. komunikasi yang tidak sesuai

Karakteristik penerima yang berfungsi:

- a. mendengar
- b. *feedback* (klarifikasi, menghubungkan dengan pengalaman)
- c. memvalidasi

Penerima yang tidak berfungsi adalah

- a. tidak bisa mendengar dengan jelas/gagal mendengar
- b. diskualifikasi contoh: “ iya deh tapi”
- c. *offensive* (menyerang bersifat negatif)
- d. kurang mengeksplorasi (miskomunikasi)
- e. kurang memvalidasi

Pola komunikasi didalam keluarga yang berfungsi adalah:

- a. Menggunakan emosional: marah, tersinggung, sedih, gembira
- b. Komunikasi terbuka dan jujur
- c. Hirarki kekuatan dan peraturan keluarga
- d. Konflik keluarga dan penyelesaiannya

Pola komunikasi didalam keluarga yang tidak berfungsi adalah:

- a. Fokus pembicaraan hanya pada seseorang (tertentu)
- b. Semua menyetujui (*total agreement*) tanpa adanya diskusi
- c. Kurang empati
- d. Selalu mengulang isu dan pendapat sendiri
- e. Tidak mampu memfokuskan pada satu isu
- f. Komunikasi tertutup
- g. Bersifat negatif

h. Mengembangkan gossip

Strategi anggota keluarga dan *caregivers* untuk mendengarkan pada klien yang mengalami gangguan pendengaran:

1. Berikan perhatian
2. Bertatap secara langsung dan tunjukkan bahwa anda memang memperhatikan
3. Cegah adanya sinar dari samping yang bisa menghalang-halangi pemandangannya
4. Jangan menyembunyikan mulut atau tangan serta objek yang lain.
5. Tanyakan apa yang dapat mempermudah anda bisa mendengar.
6. Gunakan ekspresi muka dan isyarat
7. Bicara pelan dan jelas dengan menggunakan jeda dan jangan disambung terus (monoton)
8. Gunakan kalimat yang pendek dan sederhana
9. Gunakan cara lain dari pada menggunakan kalimat-kalimat yang tidak dipahami
10. Coba rendahkan tekanan suara dan jangan berteriak
11. Pertahankan tekanan suara yang sama sampai akhir kalimat
12. Jangan memutar atau berjalan sambil berbicara
13. Jangan mengatakan dengan 'mouth full' karena akan mempersulit dalam melihat dan mendengar kalimat yang disampaikan.
14. Jadikan tempat pembicaraan yang mudah untuk menerima kualitas pembicaraan
15. Hindari kebisingan dari TV, radio, suara air dll
16. Gunakan sentuhan untuk menambah memperhatikan
17. Sebutkan nama untuk memberikan tanda mengenal sebelum mendengarkan
18. Jika didalam kelompok, berikan petunjuk topik yang dibicarakan pada y yang mengalami gangguan pendengaran
19. Informasi penting harus ditulis
20. Lakukan dengan sopan
21. Santai dan memperhatikan

E. Proses dan Strategi Koping Keluarga

Stressor merupakan agen pencetus stress atau penyebab yang mengaktifkan stress seperti kejadian-kejadian dalam hidup yang cukup serius (lingkungan, ekonomi, social budaya) yang menimbulkan perubahan-perubahan dalam system keluarga (Hill cit. Friedman, 1992). Stres adalah respon atau keadaan yang dihasilkan oleh stressor atau oleh tuntutan-tuntutan nyata yang belum tertangani. Stres merupakan tekanan dalam diri seseorang atau system social (individu, keluarga, dll) (Burgess cit. Friedman, 1992). Adaptasi merupakan suatu proses penyesuaian terhadap perubahan yang dapat positif atau negatif yang dapat mempengaruhi meningkat atau menurunnya kesehatan keluarga (Burgess cit. Friedman, 1992).

Ada tiga strategi untuk adaptasi menurut White (cit. Friedman, 1992), yaitu;

1. Mekanisme pertahanan

Merupakan cara-cara yang dipelajari, kebiasaan, otomatis untuk berespon yang bertujuan untuk menghindari masalah-masalah yang dimiliki stressor dan biasanya digunakan apabila tidak ada penyelesaian yang jelas dalam keluarga.

2. Strategi koping

Merupakan perilaku koping atau upaya-upaya koping dan merupakan strategi yang positif, aktif, serta khusus untuk masalah, yang disesuaikan untuk pemecahan suatu masalah yang dihadapi keluarga.

3. Penguasaan

Merupakan strategi adaptasi yang paling positif karena keadaan koping benar-benar diatasi sebagai hasil dari upaya-upaya koping yang efektif dan dipraktikkan dengan baik yang didasarkan pada kompetensi keluarga.

Sumber koping keluarga yang internal terdiri dari kemampuan keluarga yang menyatu sehingga dalam suatu keluarga yang mempunyai koping internal yang baik apabila keluarga tersebut mempunyai cirri seperti pengontrolan, subsistem, pola komunikasi dan terintegrasi dengan baik. Sedangkan sumber koping eksternal berhubungan dengan penggunaan system pendukung social oleh keluarga.

Krisis merupakan suatu keadaan dalam kehidupan keluarga yang penuh dengan stress atau rentetan kejadian yang sangat menuntut sumber-sumber keluarga, kemampuan

koping keluarga, tetapi tanpa ada penyelesaian masalah. Ada dua krisis yang sering menimpa keluarga yaitu krisis perkembangan dan situasi.

Krisis perkembangan (maturasional) adalah krisis yang berasal dari kejadian-kejadian stressor yang dialami keluarga dalam proses perkembangan psikososial dari anggota keluarga dalam tahap-tahap kehidupan normal. Adapun Krisis situasi adalah kejadian yang secara normal tidak diharapkan seperti kematian anggota keluarga.

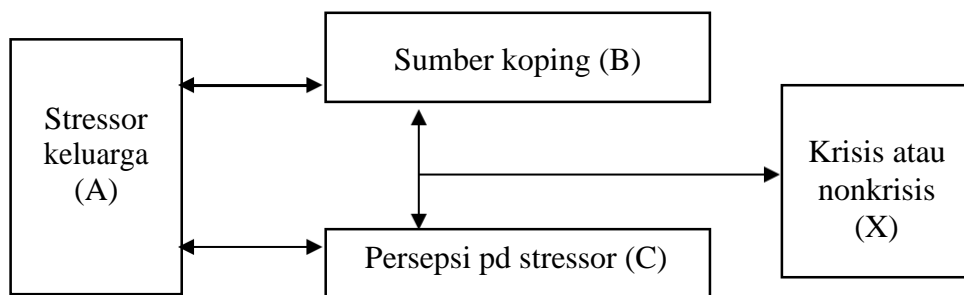
Pengkajian untuk mengetahui stres dalam keluarga yang perlu diperhatikan adalah 1) apakah masalah dalam keluarga diurus secara memadai oleh anggota keluarga?; 2) jika ada krisis, apakah krisis tersebut termasuk bagian dari ketidakmampuan keluarga untuk memecahkan masalah?.

Teori Krisis Keluarga menurut Hill (1949)

Disini Hill mengembangkan beberapa variable utama yang dapat menimbulkan krisis keluarga yang dikenal dengan teori ABCX. Teori ini mempunyai dua kerangka kerja, yaitu:

- 1) Determinan-determinan krisis keluarga meliputi: A (kejadian dan kesulitan-kesulitan) berinteraksi dengan B (krisis keluarga memenuhi sumber-sumber) berinteraksi dengan C (definisi kejadian yang dibuat keluarga) menghasilkan X (krisis)
- 2) Sebuah pernyataan yang lebih berorientasi pada proses, mengingat jalannya penyesuaian setelah krisis. Proses tersebut meliputi; a) periode disorganisasi; b) sudut pemulihan; dan c) reorganisasi dan sebuah tingkat organisasi baru dalam kaitannya berfungsinya keluarga Hill (1965).

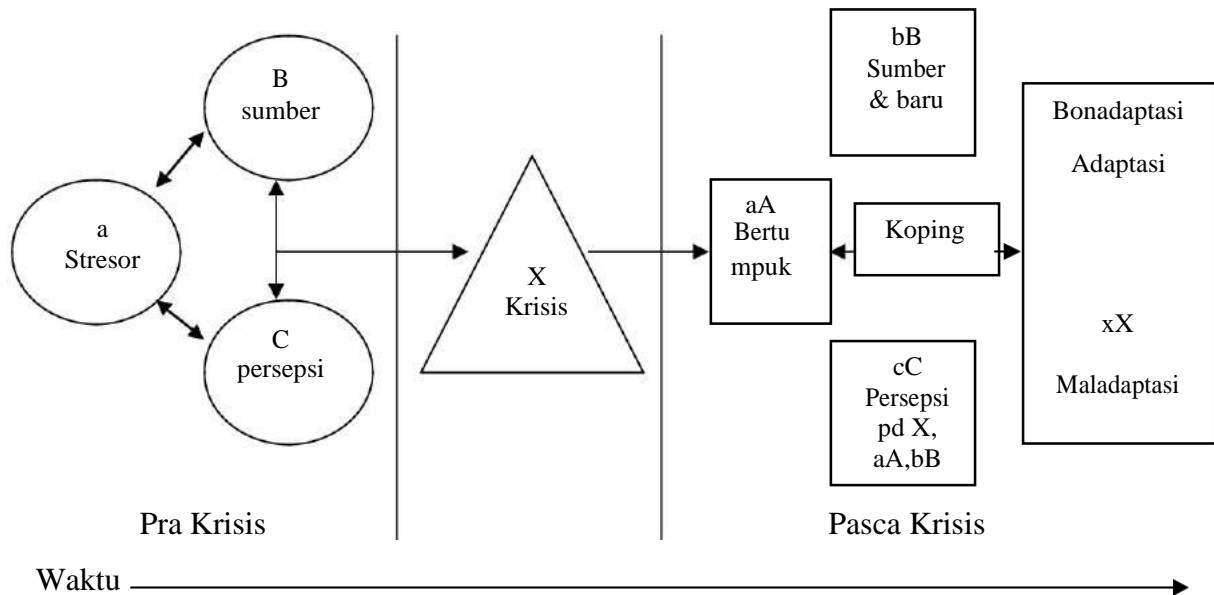
(lihat gambar 1)



Gambar 1. Teori Stres dari Hill (1949)

Teori Krisis Keluarga menurut McCubbin dan Patterson (1983)

Model ABCX yang dikembangkan oleh McCubbin dan Patterson menjelaskan perbedaan dalam adaptasi keluarga setelah krisis (lihat gambar 2)



Gambar 2. Model ABCX Ganda McCubbin dan Patterson

Penjelasan gambar:

Faktor aA: Tuntutan Keluarga; Bertumpuk,

maksudnya adalah ada lebih dari satu stressor utama (penumpukan stressor keluarga) dimana faktor-faktor tersebut penting dalam memperkirakan maladaptasi keluarga. Ada lima stressor utama yaitu: 1) stressor awal dan bahaya-bahayanya; 2) transisi normative; 3) ketegangan sebelumnya; 4) konsekuensi upaya keluarga untuk melakukan koping; dan 5) ambiguitas (intra keluarga dan social) contoh anggota keluarga dengan kanker payudara.

Faktor bB: Sumber-sumber adaptif keluarga

Maksudnya adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi tuntutan yang dihadapi keluarga yang meliputi: pendidikan, kesehatan, karakteristik kepribadian, dan internal keluarga.

Faktor cC: Definisi dan Makna Keluarga

Maksudnya adalah penilaian-penilaian terhadap stressor baik yang positif maupun yang negative.

Faktor xX: Adaptasi Keluarga

Dalam ABCX ganda ada tiga tingkat analisa, yaitu: anggota keluarga, unit keluarga, dan komunitas.

Model Stres Kelurga berdasarkan konteks dari Boss (1988)

Teori ini dikembangkan dari teori stress Hill untuk menerangkan pengaruh dari konteks internal dan eksternal keluarga. Konteks eksternal adalah konteks yang tidak dikontrol oleh keluarga termasuk; lingkungan, tempat dan waktu. Konteks internal keluarga terdiri dari tiga elemen yang dikontrol oleh keluarga dan dapat diubah, yaitu: psikologis, struktural, dan filosofis.

Sumber Dasar Stres keluarga

1. Kontak penuh stress anggota keluarga dengan kekuatan diluar keluarga
Sumber stress antara lain: kehilangan pekerjaan, kena tindak pidana, masalah sekolah, masalah perkawinana dll.
2. Kontak penuh stress seluruh anggota keluarga dengan kekuatan diluar keluarga
Sumber stress antara lain: kemiskinan, krisis ekonomi, krisis keamanan dll.
3. Stressor Situasional
Biasanya stressor ini tidak terantisipasi dan memaksa kapasitas koping seperti: anggota keluarga ada yang di rumah sakit sehingga perlu redistribusi peran dan fungsi keluarga.
4. Stresor Tradisional
Merupakan masalah-masalah transisi yang sering terjadi dalam perkembangan keluarga seperti: keluarga dengan bayi; keluarga dengan anak remaja; blended family; keluarga dengan orang tua (kakek dan nenek); keluarga dengan anak dewasa; dan keluarga dengan ditinggal pasangannya.

Tahap Waktu Stres dan Tugas Koping

1. Periode Ante stres
Masa sebelum melakukan konfrontasi yang sebenarnya dengan stressor. Contoh masuknya anak ke tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Antisipasi juga dimungkinkan, sudah menyadari adanya kejadian atau ancaman yang akan datang.

2. Periode Stress Aktual

Strategi adaptif selama masa stress biasanya memiliki intensitas dan jenis taktik yang digunakan sebelum terjadinya stressor dan stress yang berbeda-beda. Respon koping yang paling dapat membantu dalam masa-masa penuh stress biasanya respon-respon yang datangnya dari keluarga.

3. Periode Pasca Stres

Strategi yang digunakan untuk mengembalikan keluarga pada keadaan homeostasis sehingga keluarga perlu bersatu, mengungkapkan perasaan satu samayang lain untuk memecahkan masalah bersama.

Dampak Stresor

Dampak stressor tergantung pada kualitas dan kuantitasnya sehingga Holmes dan Rahe membuat skala-skala dari kejadian hidup yang dapat menimbulkan stress, sesuai urutan yang paling membuat stres adalah 1) Kematian pasangan; 2) Perceraian; 3) perpisahan perkawinan; 4) lamanya dipenjara; 5) kematian anggota keluarga dekat; dan 6) sakit pribadi dll (lihat hal. 446, Friedman, 1992)

Strategi Koping Keluarga

1. Strategi koping keluarga internal (intrafamilial)
 - a. Mengandalkan kelompok keluarga
 - b. Penggunaan humor
 - c. Memelihara ikatan keluarga
 - d. Mengontrol arti dari masalah dan penyusunan kembali dari kognitif
 - e. Pemecahan masalah secara bersama
 - f. Fleksibilitas peran
 - g. Normalisasi keadaan
2. Strategi koping keluarga eksternal (ekstrafamilial)
 - a. Mencari informasi
 - b. Memelihara hubungan aktif dengan berkomunikasi
 - c. Mencari dukungan social
 - d. Mencari dukungan spiritual

Pertanyaan-pertanyaan yang bertujuan untuk mengkaji koping keluarga adalah:

- a. Stresor apa yang terjadi dalam keluarga?
- b. Lama dan kekuatan stressor?
- c. Strategi koping apa yang telah dilakukan keluarga?
- d. Apakah keluarga dapat bertindak atas dasar suatu penilaian objektif dan realitas terhadap kejadian yang penuh stress tersebut?

Diagnosa keperawatan keluarga menurut NANDA berdasarkan proses dan strategi koping keluarga adalah:

- a. Koping keluarga: Potensial untuk berkembang
- b. Koping keluarga tidak efektif: Menurun
- c. Koping keluarga tidak efektif: Ketidakmampuan
- d. Potensial terhadap kekerasan. (Mc Farland dan McFarlane, 1989)

Prinsip-prinsip intervensi terhadap krisis keluarga adalah:

- a. Mendefinisikan kejadian stressor dan kejadian yang membahayakan hidup
- b. Mengkaji terhadap interpretasi terhadap kejadian
- c. Mengkaji sumber-sumber dan metode yang telah digunakan.
- d. Mengkaji keadaan fungsi keluarga.

F. Tingkat Pencegahan Dalam Keluarga

Peningkatan kesehatan dan tindakan preventif khusus yang dirancang untuk menjaga orang bebas dari penyakit dan cedera. Pencegahan sekunder, yang terdiri atas deteksi dini, diagnosa, dan pengobatan. Pencegahan tertier, mencakup tahap penyembuhan dan rehabilitasi, dirancang meminimalkan ketidakmampuan klien dan memaksimalkan tingkat fungsinya

Pencegahan Primer

Pencegahan primer meningkatkan & mempertahankan kesehatan keluarga

Faktor utama yg memperbaharui *interest* pencegahan primer

1. kebutuhan untuk berubah yang berfokus pada:
 - a. Sumberdaya kesehatan yg banyak menghabiskan dana saat perawatan akut
 - b. Bertambah besarnya biaya tapi perbaikan hasil minimal

- c. Meningkatnya program nasional yang mendorong promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.
 - d. Bertambah besarnya pengenalan bahwa tidak dapat dipisahkan antara pikiran dan fisik terhadap stres penyakit dan perbaikannya
2. Meningkatkan & mempertahankan kesehatan keluarga
- a. Sifat konsumerisme dan kebutuhan umum untuk meningkatkan kontrol diri
 - b. Adanya perubahan menjadi sejahtera (*wellness*)
 - c. Pertumbuhan terhadap penerimaan kesehatan alternatif oleh tenaga kesehatan profesional dan umum.
 - d. Adanya kelemahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan saja dinilai sebagai faktor pendukung perubahan
 - e. Meningkatnya perhatian kesehatan dalam praktik keperawatan lanjut (*advanced*)

Promosi Kesehatan Keluarga

Pencegahan primer berdampak pada peningkatan promosi kesehatan di keluarga, peningkatan kesehatan keluarga menyeluruh untuk setiap anggota keluarga. Promosi kesehatan di disain agar dapat berkontribusi dalam pertumbuhan, perluasan atau menghasilkan yang terbaik bagi kesehatan. Promosi kesehatan hal yang positif, proses yang dinamis berfokus pada peningkatan kualitas hidup dan perbaikan, bukan semata-mata menghindar dari penyakit (Pender, 2002). Pemeliharaan kesehatan atau pencegahan penyakit/masalah kesehatan yang spesifik menghindar dari perilaku berisiko sama baik dengan pencegahan spesifik atau tindakan protektif seperti imunisasi

Hambatan Pencegahan Primer

1. Uang
2. Rendahnya sikap dan sosialisasi dari dokter maupun perawat
3. Banyaknya profesional pemberi perawatan yang tidak dapat menjadi *role model* bagi kliennya

Promosi Kesehatan: Pencegahan Spesifik & Menghindari Risiko Ukuran pencegahan spesifik

Bagian pencegahan penyakit. Meningkatkan resistensi terhadap kekuatan sosial, emosional, dan biologis. menerapkan gaya hidup sejahtera Untuk itu dibutuhkan alat-alat pencegahan spesifik: imunisasi & penanganan flour

Menghindar dari risiko: pendekatan perawatan kesehatan & pencegahan

umumnya: orang lebih perhatian thd pengobatan sakit dari menjaga kesehatan diri sendiri. Cara umum pencegahan primer dengan menentukan risiko jangka panjang yang akan dihadapi klien lalu memberi resep tindakan

Pencegahan Sekunder

Perawat mendiagnosa secara dini dan segera memberi penanganan atau tindakan. Bila penyakit menghambat penyembuhan maka tujuannya mengontrol perkembangan penyakit dan mencegah terjadinya kecacatan. Perawat berperan merujuk semua anggota keluarga untuk skrining, menggali riwayat kesehatan, dan melakukan pemeriksaan fisik. Bila diperlukan lakukan rujukan, beri penyuluhan kesehatan, dan lakukan tindak lanjut

Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier fokus pada rehabilitasi. Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat karena penyakit atau injuri untuk sampai pada tingkat fungsi yang optimal secara fisik, sosial, emosional, dan vakasional

G. Peran Perawat Keluarga

Perawatan kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan pada keluarga sebagai unit pelayanan untuk mewujudkan keluarga yang sehat. Fungsi perawat membantu keluarga untu menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga.

Peran perawat dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Pendidik
- b. Koordinator
- c. Pelaksana
- d. Pengawas kesehatan
- e. Konsultan
- f. Kolaborasi
- g. Fasilitator
- h. Penemu kasus
- i. Modifikasi lingkungan

BAB V

TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan alasan perlunya model keperawatan keluarga
2. Menjelaskan definisi teori dan model keperawatan
3. Menyebutkan teori dan model yang dapat dipakai pada praktik keperawatan keluarga

A. Latar Belakang

Dasar suatu profesi adalah berkembangnya batang tubuh keilmuan yang sering diwujudkan dalam bentuk teori dan model. Keperawatan sebagai suatu disiplin ilmu sehingga keperawatan membutuhkan adanya suatu ilmu pengetahuan yang dibangun berdasarkan teori dan model keperawatan. Keperawatan membutuhkan adanya teori karena teori memberi kontribusi fondasi dasar yang baik pada praktek keperawatan dan membuat hubungan yang baik antara praktisi dengan ahli riset.

Penerapan teori dan model keperawatan pada level pelayanan keperawatan selama ini dirasakan belum maksimal. Keperawatan keluarga sebagai bagian spesialisasi dalam keperawatan memerlukan suatu teori dan model keperawatan dalam memberikan praktek pelayanan keperawatan pada keluarga. Teori dan model keperawatan keluarga perlu dikembangkan secara terus menerus berdasarkan kondisi keluarga yang ada di Indonesia sehingga praktek keperawatan keluarga dapat teraplikasikan dengan baik.

Praktek keperawatan yang berdasarkan teori sangat penting dalam praktik keperawatan keluarga, karena akan menuntun perawat untuk berpikir secara interaktif berkenaan dengan fenomena dan masalah keluarga. Permasalahan keperawatan didalam keluarga sangatlah kompleks sehingga perawat memerlukan suatu kerangka teoritis dalam menjelaskan, mengidentifikasi, menganalisis, dan menyimpulkan permasalahan keperawatan dalam keluarga tersebut.

Asuhan keperawatan keluarga diperlukan suatu pendekatan teori model keperawatan yang didasarkan pada suatu penelaahan permasalahan secara umum dalam keluarga. Teori dan model keperawatan keluarga akan dapat menjembatani perawat dalam

melakukan pengkajian keperawatan keluarga, menyusun permasalahan dalam keluarga, membuat perencanaan dalam mengatasi permasalahan dalam keluarga, memberikan tuntunan dalam mengimplementasi masalah keluarga, dan melakukan evaluasi terhadap keluarga yang dibina.

Praktek keperawatan keluarga menggunakan teori dari tiga disiplin ilmu keahlian khusus. Teori-teori ini berasal dari ilmu keperawatan, ilmu sosial keluarga dan ilmu terapi keluarga. Teori-teori tersebut berkisar dari teori keluarga abstrak hingga teori yang lebih fokus pada teori tingkat menengah, dalam berbagai teori tersebut perpektif teori, konsep model atau aliran pengaruh lebih banyak yang tumpang tindih, demikian juga teori-teori keluarga yang telah menggunakan teori-teori besar yang lebih awal, konsep teori perkembangan, interaksi simbolik, konstruktur fungsional, teori pertukaran sosial, dan teori system umum. Teori yang dipakai oleh perawat keluarga tergantung pada situasi keluarga, ketrampilan dan pengetahuan keluarga, tujuan keluarga dan posisi perawat dalam keluarga. Teori-teori keperawatan mengalami perubahan dari suatu bidang pekerjaan teknik kedisiplinan ilmu dengan paradigma atau kumpulan teori yang bersaing.

Keperawatan sebagai disiplin ilmu memiliki teori dan model yang dapat diaplikasikan pada suatu praktek keperawatan keluarga. Teori dan model keperawatan yang dapat diterapkan pada praktek keperawatan keluarga antara lain: Model Lingkungan dari Nightingale, Teori King tentang pencapaian tujuan, Model Adaptasi Roy, Model Sistem Kesehatan dari Neuman, Model Self- Care dari Orem, Teori Roger tentang manusia seutuhnya, dan Model Friedman.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka sangatlah diperlukan dan dikembangkan suatu teori model asuhan keperawatan keluarga di Indonesia dalam mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera untuk menunjang pembentukan masyarakat yang sehat dalam menuju Indonesia Sehat 2010.

B. Teori dan Model

Teori keperawatan adalah kumpulan konsep, definisi, hubungan, dan asumsi atau preposisi dari model keperawatan atau dari disiplin lain serta hal lain yang sesuai, dengan melihat secara sistematis berbagai fenomena dengan desain spesifik yang

berhubungan satu dengan yang lain, yang bertujuan memberikan gambaran, penjelasan, dan prediksi fenomena keperawatan (Nursing Theories: A Companion to nursing theories, 2008). Teori keperawatan adalah struktur konsep yang ada di dalam literatur yang siap untuk dibuat alur pemikiran atau gambaran dari model keperawatan yang ada. Teori keperawatan memberikan rasional untuk mengembangkan hipotesis.

Model konseptual adalah struktur konsep dan teori yang secara bersama memberikan gambaran dalam mengembangkan suatu keilmuan. Model konseptual merupakan cara berfikir tentang individu dan lingkungannya yang dapat bermanfaat berbagai situasi yang membantu dalam memprioritaskan pelayanan dan memberikan tantangan kepada perawat untuk mampu merubah kondisi pasien dari sikap yang hanya bertahan menjadi mandiri (Nursing Theories, 2008)

1. Model Lingkungan dari Florence Nightingale

Florence Nightingale tidak menampilkan secara aktual teori dari keperawatan atau keperawatan keluarga. Lobo (1995) dalam Friedman (2004)) merujuk pada pendekatan Nightingale untuk keperawatan sebagai suatu model lingkungan yang sesuai dengan penekanan pada pentingnya faktor-faktor lingkungan dalam kesehatan dan kesakitan. Contoh : ia menuliskan (Nightingale, 1859/1992) “bangunan rumah yang jelek dapat mempengaruhi kesehatan. Bangunan rumah sakit yang jelek dapat mempengaruhi timbulnya sakit. Sirkulasi udara yang jelek pasti akan diikuti oleh kesakitan” (Friedman, 2004)

Friedman (2004), Nightingale mempromosikan perawat kebidanan dan pelayanan kesehatan berbasis rumah dan menulis catatan keperawatan dimana wanita dilibatkan dalam asuhan untuk anggota keluarga yang sakit dan pemeliharaan kesehatan anak-anak dirumah. Dalam suatu dokumennya, “Pelatihan perawat untuk keluarga yang miskin” (Nightingale, 1949), Ia menuliskan perawat menyatukan perawatan untuk yang sakit dan perawatan kesehatan dalam lingkungan rumah. Ia memunculkan perawatan kesehatan rumah dan perawat anak- maternal digabungkan dalam praktek perawatan keluarga secara keseluruhan sebagai unit pelayanan (1949). Nightingale banyak membuat upaya untuk menganjurkan menugaskan wanita untuk memberikan asuhan keperawatan yang baik didalam

rumahnya bersamaan dengan upayanya untuk menciptakan program pelatihan untuk perawat profesional. Ia mungkin setuju dengan tulisan yang membedakan antara perawatan sebagai tindakan dan perawat sebagai suatu profesi dan suatu disiplin yang nyata.

2. Teori Imogene King tentang Pencapaian Tujuan (*Interacting Systems Framework and Middle Range Theory of Goal Attainment*)

Teori Imogene King berusaha menjawab tentang peran perawat dalam praktik keperawatan dan bagaimana perawat mampu membuat keputusan dalam praktik sehari-hari. King menggambarkan hal yang penting dalam praktik keperawatan dengan melihat interaksi perawat - klien dalam hubungan yang profesional untuk mencapai tujuan. Pada akhirnya pengembangan teori King dikenal dengan “ *Teori Pencapaian Tujuan* “ (Christensen & Kenney, 1995) yang dibangun dari beberapa karakteristik yang saling berinteraksi.

Teori ini juga berfokus pada pemberi dan penerima pelayanan keperawatan yang berdasar pada pengembangan teori pencapaian tujuan yang dimulai dari asumsi perawat dalam interaksi dengan klien yang keduanya merupakan sistem terbuka yang akan selalu berinteraksi dengan lingkungan. Teori pencapaian tujuan mengambil simbol interaksi yang menggambarkan individu sebagai anggota masyarakat, yang akan bertindak untuk membangun persepsi dan komunikasi melalui simbol-simbol. (Meleis, 1997).

Teori King ini berfokus pada interaksi perawat - klien dengan pendekatan sistem. Kekuatan pada model ini adalah partisipasi klien dalam menentukan tujuan yang akan dicapai, mengambil keputusan, dan interaksi dalam menerima tujuan dari klien. Teori ini sangat penting pada kolaborasi antara tenaga kesehatan profesional. Teori ini juga dapat digunakan pada individu, keluarga, atau kelompok dengan penekanan pada psikologi, sosialkultural, dan konsep interpersonal. Bagaimanapun kondisi psikologi juga dibutuhkan untuk pendekatan yang holistik.

3. Model Sister Callista Roy tentang Adaptasi (*Adaptation Model*) Marriner-Tomey (2006) Teori Roy dikenal dengan "Model Adaptasi Roy".

Menurut Roy, adaptasi merupakan suatu proses dari seseorang dalam berperilaku pengeluaran hasil pemikiran dan merasakan sebagai individu atau kelompok guna menciptakan lingkungan yang terintegrasi. Adaptasi ini ada karena adanya suatu stimulus. Stimuli umum yang mempengaruhi adaptasi antara lain: (1) *Kultur* – Status sosial ekonomi, etnis, sistem keyakinan; (2) *Keluarga*- Struktur dan tugas-tugas; (3) *Tahap Perkembangan* – Faktor usia, jenis, tugas, keturunan, dan genetik; (4) *Integritas Modes Adaptif* – Fisiologis (mencakup patologi penyakit), konsep diri, fungsi peran, interdependensi; (5) *Efektivitas Cognator* – Persepsi, pengetahuan, ketrampilan; dan (6) *Pertimbangan Lingkungan* – Perubahan lingkungan internal atau eksternal, pengelolaan medis, menggunakan obat-obat, alkohol, tembakau.

Terdapat 3 tingkatan adaptasi pada manusia, diantaranya; stimuli fokal, stimuli kontekstual, dan stimuli residual (Marriner-Tomey, 2006). Stimuli Fokal yaitu stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat terhadap seorang individu. Stimuli Kontekstual yaitu stimulus yang dialami seseorang dan baik internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subyektif. Stimuli Residual yaitu stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dialakukan observasi.

Tiga proses adaptasi yang dikemukakan Roy adalah mekanisme coping, pengaturan subsistem, dan cognator subsistem (Marriner-Tomey, 2006). Mekanisme coping. Pada sistem ini terdapat dua mekanisme yaitu pertama mekanisme coping bawaan yang prosesnya secara tidak disadari manusia tersebut, yang ditentukan secara genetik atau secara umum dipandang sebagai proses yang otomatis pada tubuh. Kedua yaitu mekanisme coping yang didapat dimana coping tersebut di peroleh melalui pengembangan atau pengalaman yang dipelajarinya. Pengaturan subsistem. Merupakan proses coping yang menyertakan subsistem tubuh yaitu saraf, proses kimiawi dan sistem endokrin. Cognator subsistem. Proses coping seseorang yang

menyertakan empat sistem pengetahuan dan emosi: pengolahan persepsi dan informasi, pembelajaran, pertimbangan, dan emosi.

Sistem adaptasi memiliki empat model adaptasi diantaranya; (1) Fungsi Fisiologis; Sistem adaptasi fisiologis diataranya adalah oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan endokrin; (2) Konsep diri; Bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain; (3) Fungsi peran; Proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain; dan (4) Interdependent; Kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.

Marriner-Tomey (2006) Terdapat dua respon adaptasi yang dinyatakan Roy yaitu:

(1) Respon yang adaptif dimana terminologinya adalah manusia dapat mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh manusia; dan (2) Respon yang tidak adaptif dimana manusia tidak dapat mengontrol dari terminologi keseimbangan sistem tubuh manusia, atau tidak dapat mencapai tujuan yang akan di raih.

4. Model Betty Neuman tentang Sistem Kesehatan (System Model)

Model sistem Neuman memberikan warisan baru tentang cara pandang terhadap manusia sebagai makhluk holistik (memandang manusia secara keseluruhan) meliputi aspek (variable) fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual yang berhubungan secara dinamis seiring dengan adanya respon-respon sistem terhadap stressor baik dari lingkungan internal maupun eksternal (Marriner-Tomey, 2006).

Komponen utama dari model ini adalah adanya stress dan reaksi terhadap stress. Kliien dipandang sebagai suatu sistem terbuka yang memiliki siklus input, proses, output dan feedback sebagai suatu pola organisasi yang dinamis. Dengan menggunakan perspektif sistem ini, maka kliennya bisa meliputi individu,

kelompok, keluarga, komunitas atau kumpulan agregat lainnya dan dapat diterapkan oleh berbagai disiplin keilmuan (Marriner-Tomey, 2006)

Marriner-Tomey (2006) Tujuan ideal dari model ini adalah untuk mencapai stabilitas sistem secara optimal. Apabila stabilitas tercapai maka akan terjadi revitalisasi dan sebagai sistem terbuka maka klien selalu berupaya untuk memperoleh, meningkatkan, dan mempertahankan keseimbangan diantara berbagai faktor, baik didalam maupun diluar sistem yang berupaya untuk mengusahkannya. Neuman menyebut gangguan-gangguan tersebut sebagai stressor yang memiliki dampak negatif atau positif. Reaksi terhadap stressor bisa potensial atau aktual melalui respon dan gejala yang dapat diidentifikasi.

Marriner-Tomey (2006) Neuman menyajikan aspek-aspek model sistemnya dalam suatu diagram lingkaran konsentris, yang meliputi variabel fisiologi, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual, basic structure dan energy resources, line of resistance, normal line of defense, fixible line of defense, stressor, reaksi, pencegahan primer, sekunder, tertier, faktor intra, inter dan ekstra personal, serta rekonstitusi. Adapun faktor lingkungan, kesehatan, keperawatan dan manusia merupakan bagian yang melekat pada model ini yang saling berhubungan dan mendukung ke arah stabilitas sistem.

Neuman meyakini bahwa klien adalah suatu system yang memiliki 5 variabel yang membentuk system klien, yaitu fisik, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual. Neuman juga menjelaskan bahwa klien merupakan cerminan secara holistic dan multidimensional (Fawcett,2005). Pernyataan tersebut membuktikan bahwa setiap orang memiliki keunikan masing-masing dalam menanggapi suatu peristiwa yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Sistem klien didefinisikan dalam istilah struktur dasar dan lingkaran-lingkaran konsentrik yang saling berkaitan. Struktur dasar meliputi pertahanan yang bersifat umum, garis pertahanan normal dan garis pertahanan fleksibel.

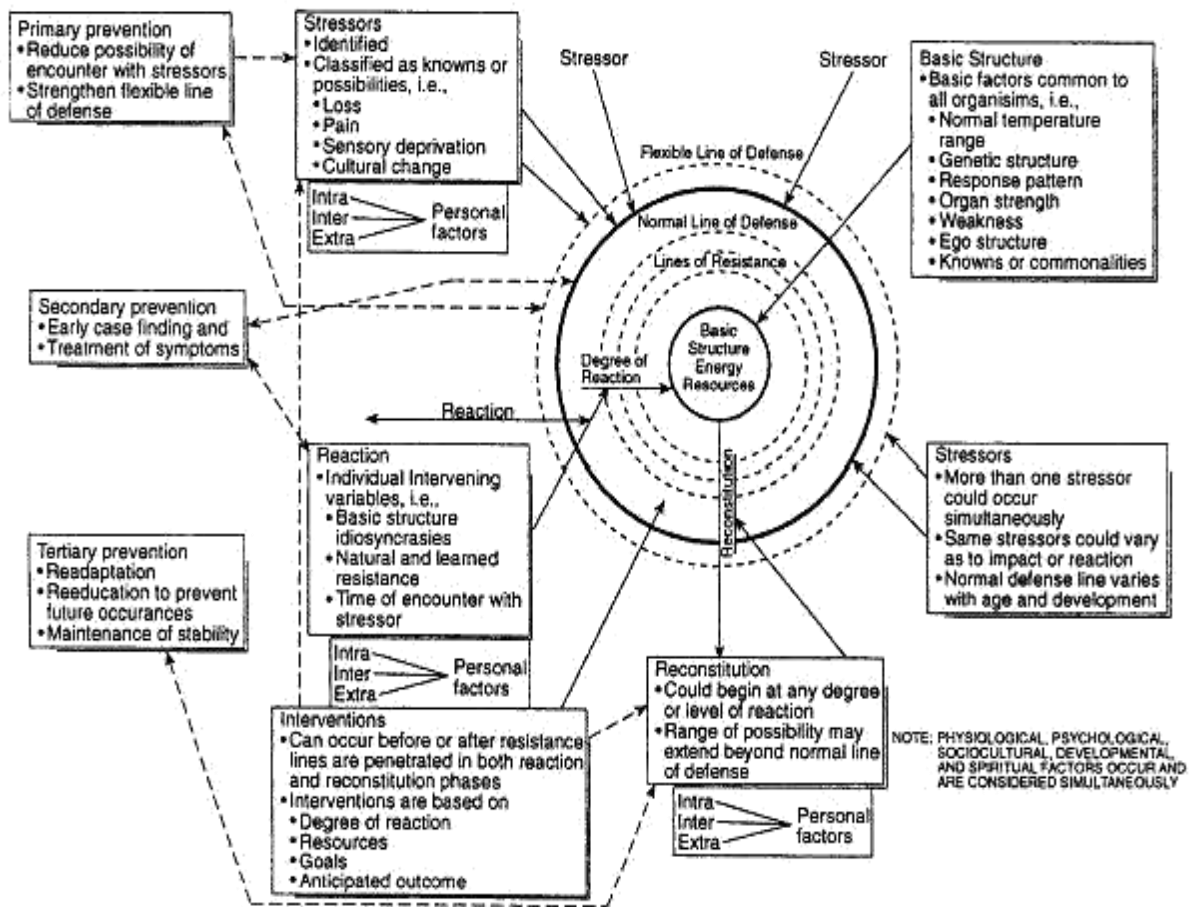


Figure 1. The Neuman Systems Model
 NOTE: Copyright 1970 by Betty Neuman. Reprinted with permission.

Gambar 1. Model Neuman sumber Marey-Tomey 2006

5. Model Dorothea E. Orem tentang Perawatan Diri (Self Care Deficit Theory of Nursing)

Menurut Orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya. Oleh karena itu teori ini dikenal sebagai *Self Care atau Self Care Defisit Teori* (Marrey and Tomey, 2006). Ada tiga prinsip dalam perawatan diri sendiri atau perawatan mandiri. Pertama, perawatan mandiri yang bersifat holistic meliputi kebutuhan oksigen, air, makanan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, mencegah trauma serta kebutuhan hidup lainnya. Kedua, perawatan mandiri yang dilakukan harus sesuai dengan tumbuh kembang manusia. Ketiga, perawatan mandiri

dilakukan karena adanya masalah kesehatan atau penyakit untuk pencegahan dan peningkatan kesehatan.

Menurut Orem, perawat dibutuhkan ketika seseorang membutuhkan asuhan keperawatan karena ketidakmampuan untuk merawat diri sendiri. Menurutnya, arena kerja perawat adalah membina dan mempertahankan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien, menentukan kapan seseorang membutuhkan bantuan atau pertolongan, memperhatikan respon pasien, memberi pertolongan langsung kepada individu dan keluarga serta bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain.

Model Orem (1971) menjelaskan bahwa asuhan keperawatan diperlukan ketika individu dewasa tidak dapat melakukan self care secara penuh untuk menyokong hidup, memelihara kesehatan, memulihkan dari penyakit atau injuri atau mengatasi dampak penyakit atau injuri (Orem, 1991). Model Orem juga mengakomodasikan ketika asuhan keperawatan mungkin langsung menuju pemberian asuhan keperawatan. contoh : Asuhan perawatan mungkin langsung menuju orang tua atau wali dari anak yang sakit. Enam konsep sentral dari model Orem adalah self care, Self Care Agency, Therapeutic Self Care Demands, Self-Care Deficit, Nursing agency dan Nursing System (Friedman, 2004).

6. Teori Martha E. Rogers tentang Manusia Seutuhnya (Unitary Human Beings)

Teori Rogers (1970, 1992) tentang *Unitary Human Being* mengantar kita pada pandangan yang baru bagi dunia keperawatan. Perbandingan antara kesehatan dan penyakit. Fokus dari teori Rogers ini adalah adanya hubungan timbal balik antara lingkungan dan kesatuan manusia. Pada lapangan manusia memiliki konsep yang berbeda sebagai individu, keluarga, kelompok, komunitas atau yang lainnya ke dalam sebuah integral. Pola lapangan, inti dari ilmu pengetahuan ini, dapat dipahami sebagai manifestasi dari manusia dan lingkungan (Marey & Tomey, 2006).

Teori dari Martha E. Rogers "*Unitary Human Being*" menjelaskan suatu kerangka acuan bagi ilmu keperawatan untuk membedakan pengamatan pada manusia, hubungan timbal balik manusia dan lingkungan dan praktek ilmu keperawatan.

Dalam konsep ”*Science of Unitary Human Being*” perawat ditantang untuk memberikan peranan melalui pengembangan secara konseptual, teoritis dan praktik. Perawat bertanggung jawab untuk membuat analisis logis dari kerangka kerja dan generasi serta uji coba dari teori.

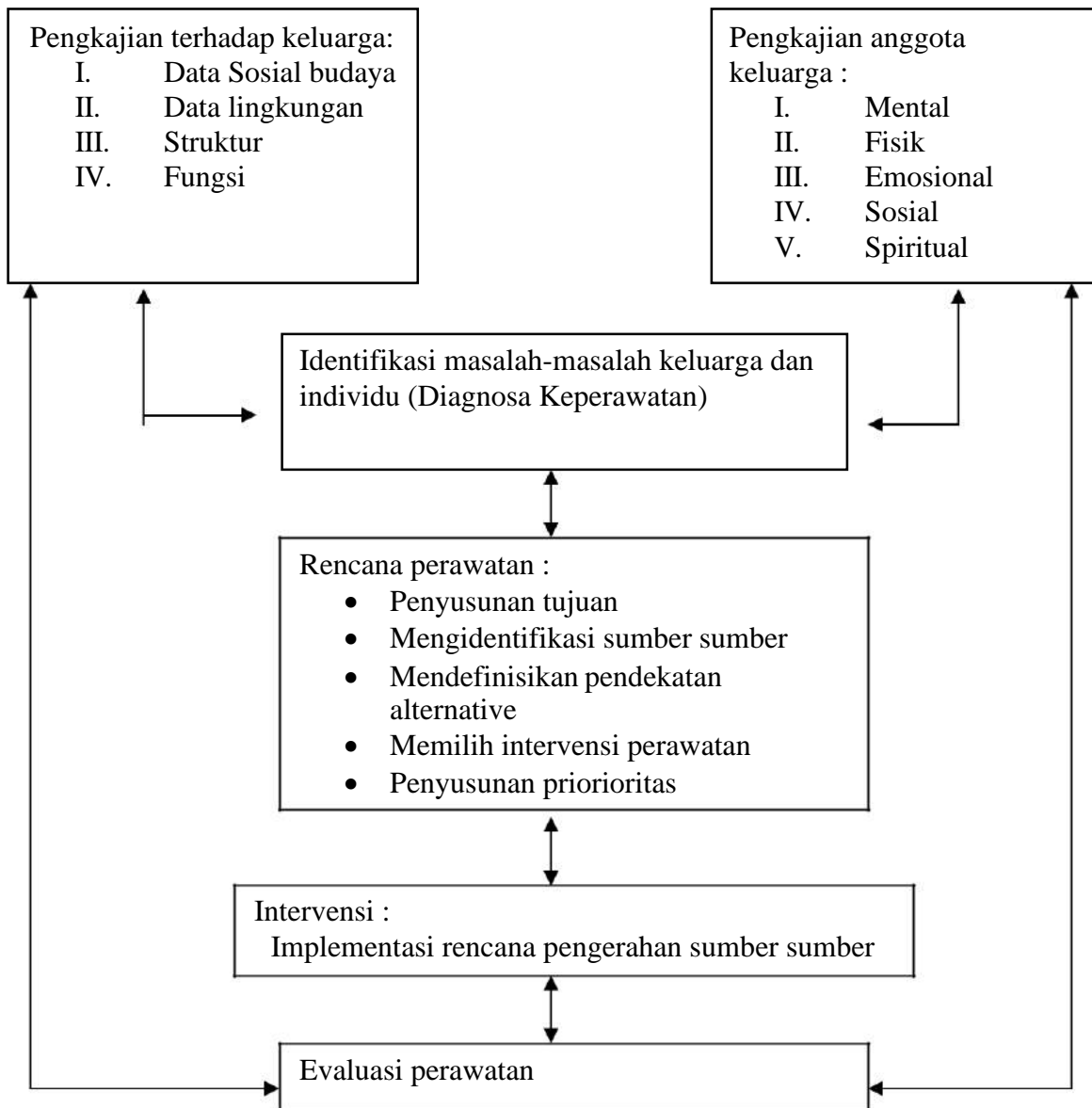
Bagaimana perawat menggunakan pengetahuan dari kerangka kerja yang diperoleh untuk menyediakan layanan kepada masyarakat sepenting pengetahuan yang dimilikinya. Sintesis bijaksana dari ilmu pengetahuan dan seni dari keperawatan adalah penting jika kerangka kerja tersebut berperan untuk memenuhi perintah profesi dalam menyediakan pelayanan bagi masyarakat. Semua perawat yang terkait bertanggung jawab untuk mulai bekerja membuka ide komunikasi, pertanyaan, tantangan, dan sangkalan yang dihasilkan oleh kerangka dan pelaporan pekerjaan ilmiah dan praktek didalam literature ilmu perawatan. Inti teori Martha E. Rogers (*Martha Rogers' and The Science of Unitary Human Beings, 2008*) adalah *Energy Fields* (Bidang Energi), *Openness* (Terbuka), *Pattern* (Pola), dan *Pandimensionality*.

7. Model Friedman

Proses keperawatan keluarga akan berbeda tergantung pada siapa yang menjadi focus perawatan. Perbedaan tersebut tergantung pada perawat dalam mengkonseptualisasi keluarga dalam prakteknya. Perawat yang memandang keluarga sebagai latar belakang atau konteks individual pasien, kemudian individu anggota keluarga menjadi focus dan proses keperawatan adalah berorientasi pada individu sebagai cara yang tradisional. Perawat yang mengkonseptualisasi keluarga sebagai unit perawatan, kemusiaan keluarga sebagai unit atau system adalah focus yang diinginkan dan ini jarang dilakukan (Friedman, 2004).

Perawat keluarga dalam prakteknya harus menstimulasi individu dan keluarga dan system keluarga. Hal ini berarti perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga harus menerapkan dua jalan, yaitu perawatan pada individu dan keluarga serta keluarga sebagai sistemnya. Sehingga dalam melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan kaan lebih kompleks dan mendalam (Friedman, 2004).

Friedman (2004) dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga menerapkan langkah-langkah terkait dengan lima langkah dalam proses keperawatan keluarga. Asuhan keperawatan keluarga dimulai dengan pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan keluarga. Dalam pengkajian ditekankan pada struktur dan fungsi keluarga secara menyeluruh dan terintegrasi. Kerangka model konseptual Friedman dapat dilihat pada gambar 2 berikut ini:



Gambar 2. Framework proses keperawatan keluarga menurut Friedman (2004)

BAB VI

KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN KELUARGA

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan alasan adanya konsep keluarga sejahtera
2. Menjelaskan konsep-konsep yang terkait dengan keluarga sejahtera
3. Menyebutkan tahapan keluarga sejahtera
4. Menjelaskan tentang kemiskinan

A. Latar Belakang

Konsep keluarga sejahtera dikeluarkan oleh BKKBN. Keberhasilan gerakan KB menurunkan angka kelahiran (TFR). Jumlah rata-rata anak per keluarga berkurang dari 5.6 orang di th 1970 menjadi 2.78 per keluarga di th 1997 (SDKI, 1997). Keluarga berencana ini bertujuan mewujudkan keluarga sejahtera dengan dasar Undang-Undang Nomor 10 tahun 1992 yang dikeluarkan 16 april 2002. Gerakan keluarga berencana berkembang dengan baik. Gerakan pembangunan keluarga sejahtera. Hari keluarga nasional: 29 juni. Pasal 4 UU No. 12 tahun 1992, tujuan pembangunan keluarga sejahtera: mengembangkan kualitas keluarga; timbul rasa nyaman dan tenteram; harapan masa depan lebih baik; mewujudkan kesejahteraan lahir bathin.

B. Konsep Keluarga Sejahtera

1. Keluarga Sejahtera

Keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah; mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak; bertaqwa kepada tuhan yme; memiliki hubungan yang sama, selaras, seimbang antar anggota keluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

2. Keluarga

Unit terkecil dalam masyarakat terdiri atas suami-istri atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

3. Keluarga Berencana

Upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan; pengaturan kelahiran; pembinaan ketahanan keluarga; peningkatan kesejahteraan untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, sejahtera

4. Kualitas Keluarga

Kondisi keluarga mencakup aspek pendidikan, kesehatan, ekonomi, sosial budaya, kemandirian keluarga, mental, spiritual, dan nilai-nilai agama merupakan dasar mencapai keluarga sejahtera.

BKKBN (1992)

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-isteri, atau suami isteri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Keluarg Sejahtera

Keluarga yang dibentu berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada Tuhan YME, memiliki hubungan serasi, selaras, dan seimbang antar anggota dan antar keluarga dengan mayarakat dan lingkungan. Yang dimaksud keluarga sejahtera adalah suatu kondisi dimana para keluarga-keluarga di dalam masyarakat telah dapat memenuhi seluruh kebutuhannya, baik yang bersifat dasar (atl: sandang, pangan, papan, keehatan, pendidikan, lapangan kerja, serta ibadah dan muamalah), sosial, psikologis, maupun yang bersifat perkembangan serta telah dapat memberikan sumbangan nyata dan berkelanjutan bagi masyarakat.

Keluarga Berencana

Upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinan ketahanan keluarga, peningkatan keejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

Kualitas Keluarga

Kondisi keluarga yang mencakup aspek pendidikan, kesehatan, ekonomi, social budaya, kemandirian keluarga, dan mental spiritual serta nilai-nilai agama yang merupakan dasar untuk mencapai keluarga sejahtera.

Kemandirian Keluarga

Sikap mental dalam hal berupaya meningkatkan kepedulian masyarakat dalam pembangunan, mendewasakan usia perkawinan, membina dan meningkatkan

ketahanan keluarga, mengatur kelahiran dan mengembangkan kualitas dan kesejahteraan keluarga, berdasarkan kesadaran dan tanggung jawab.

Ketahanan Keluarga

Kondisi dinamik suatu keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik-material dan psikis-mental spiritual guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.

Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera

Suatu nilai yang sesuai dengan nilai-nilai agama dan social budaya yang membudaya dalam diri pribadi, keluarga, dan masyarakat, yang berorientasi kepada kehidupan sejahtera dengan jumlah anak ideal untuk mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.

Dari uraian diatas menunjukkan bahwa keluarga juga merupakan suatu system. Sebagai sistem keluarga mempunyai anggota yaitu: ayah, ibu, dan anak atau semua individu yang tinggal di dalam rumah tangga tersebut. Anggota keluarga tersebut saling berinteraksi, interelasi dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga merupakan system terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh supra sistemnya, yaitu lingkungannya (masyarakat), dan sebaliknya sebagai sub system dari lingkungan (masyarakat) keluarga dapat mempengaruhi masyarakat (supra system).

Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio-psiko-sosial-spiritual. Jadi bila keluarga sebagai titik sentral pelayanan Keperawatan. Diyakini bahwa keluarga yang sehat akan mempunyai anggota keluarga yang sehat dalam mewujudkan masyarakat yang sehat.

C. Tahapan Keluarga Sejahtera

1. Keluarga pra sejahtera
2. Keluarga sejahtera I
3. Keluarga sejahtera II
4. Keluarga sejahtera III
5. Keluarga sejahtera III Plus

Keluarga Pra Sejahtera

Keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal atau belum seluruhnya terpenuhi, seperti: spritual, pangan, sandang, papan, kesehatan dan KB.

Contoh kebutuhan dasar:

1. Melaksanakan ibadah menurut agama oleh masing-masing anggota keluarga
2. Pada umumnya keluarga seluruh anggota keluarga makan dua kali per hari
3. Seluruh anggota keluarga memiliki pakaian berbeda di rumah, bekerja, sekolah & berpergian
4. Bagian terluas dari lantai rumah bukan dari tanah
5. Bila anak sakit dan atau pasangan usia subur ingin ber KB dibawa ke sarana kesehatan

Keluarga Sejahtera I

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologisnya, seperti pendidikan, KB, interaksi dalam keluarga, interaksi lingkungan tempat tinggal, dan transportasi. Pada keluarga sejahtera I, kebutuhan dasar (1-5) telah terpenuhi Contoh kebutuhan sosial psikologis:

6. Anggota belum melaksanakan ibadah secara teratur
7. Paling sedikit satu minggu sekali, keluarga menyediakan daging/ikan/telur
8. Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru per tahun
9. Luas lantai rumah paling kurang 8 meter persegi untuk tiap penghuni rumah
10. Seluruh anggota keluarga dalam tiga bulan terakhir dalam keadaan sehat
11. Paling urang satu anggota keluarga yang berumur 15 tahun keatas berpenghasilan tetap

12. Seluruh anggota keluarga yang berumur 10-60 tahun bisa baca tulis huruf latin
13. Seluruh anak usia 5-15 tahun bersekolah pada saat ini
14. Bila anak hidup dua tau lebih, keluarga yang masih pasangan usia subur memakai ontraepsi (kecuali sedang hamil)

Keluarga Sejahtera II

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya & kebutuhan sosial psikologisnya (1-14), tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangan, seperti kebutuhan untuk menabung & memperoleh informasi Contoh kebutuhan pengembangan:

15. Memenuhi upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama
16. Sebagian penghasilan dapat disisihkan untuk tabungan keluarga
17. Biasanya makan bersama paling kurang sekali sehari & kesempatan itu dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga
18. Ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya
19. Mengadakan rekreasi di luar rumah paling kurang satu kali per enam bulan
20. Dapat memperoleh berita dari surat kabar/radio/TV/majalah
21. Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportai sesuai kondisi rumah

Keluarga Sejahtera III

Keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial-psikologis, dan pengembangan (1-21), tetapi belum dapat memberikan sumbangan yang teratur bagi masyarakat atau kepedulian sosialnya belum terpenuhi, seperti sumbangan materi, dan berperan aktif dalam kegiatan masyarakat

Contoh:

22. Secara teratur atau pada waktu tertentu dengan suka rela memberikan sumbangan bagi kegiatan sosial masyarakat dalam bentuk materi
23. Kepala keluarga atau anggota keluarga aktif sebagai pengurus perkumpulan/yayasan/institusi masyarakat

Keluarga Sejahtera III Plus

Keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial-psikologis, pengembangan, dan telah dapat memberikan sumbangan yang teratur dan berperan

aktif dalam kegiatan kemasyarakatan atau memiliki kepedulian sosial yang tinggi (1-23)

D. Kemiskinan

Keluarga Miskin (*Poor and homeless persons*)

Miskin: sedikit atau tidak ada barang yang dimiliki atau tidak adekuatnya jangkauan terhadap sumber-sumber keluarga dan komunitas (Allender & Spradley, 2005). *Poverty is a lack of basic human needs, such as adequate and nutritious food, clothing, housing, clean water, and health services* (Corbett, <http://encarta.msn.com>).

Miskin/kemiskinan merupakan kondisi serba kekurangan dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari agar dapat bertahan untuk hidup. Kebutuhan mencakup pangan, sandang dan papan dan pelayanan kesehatan dasar yang tidak dapat dipenuhi secara mandiri oleh individu atau keluarga.

Ciri-Ciri Keluarga Miskin

1. Pendapatan yang sangat rendah, tidak ada simpanan aset, tidak memiliki jaringan kekuasaan, status pendidikan dan pekerjaan sangat rendah dan beresiko (Allender & Spradley, 2005)
2. Luas lantai hunian kurang dari 8 m² per anggota keluarga; jenis lantai sebagian besar tanah; tidak memiliki fas air bersih, tidak ada jamban; konsumsi lauk pauk tdk bervariasi; tidak mampu membeli pakaian baru minimal 1 thn sekali; dinding rumah terbuat dari papan atau triplek (BPS, 2004, diadop dari Konsep Keluarga Sejahtera)
3. Rumah tangga yang memiliki penghasilan kurang dari 2 dollar per hari (Bappenas, 2007)

Dampak Kemiskinan terhadap kesehatan (Allender & Spradley, 2005)

1. Meningkatnya angka kesakitan dan kematian
2. Menurunnya jangkauan pelayanan kesehatan

Poverty may be categorized as the following

1. Acute poverty (occurs suddenly after a crisis such as job or illness)
2. Chronic poverty (persists over many years)
3. Absolute poverty (indicates a lack of food, shelter, clothing)
4. Relative poverty (indicates less than averages resources)
5. Administrative poverty (refers to having met a governmentally determined standard for poverty, the federal poverty level)
6. Subjective poverty (individual has inadequate income for basic necessities within a particular area (Erickson, 1996))

Pelaksanaan Pembangunan Keluarga

Sejahtera Pokok-Pokok Kegiatan

1. Pembinaan ketahanan fisik keluarga
2. Pembinaan ketahanan non fisik keluarga
3. Pelayanan KB
4. Pendataan keluarga sejahtera

Kriteria BPS Keluarga Miskin

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m persegi per orang
2. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan
3. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa plester
4. Tidak memiliki fasilitas untuk buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik
6. Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah
8. Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun
10. Hanya sanggup makan sebanyak satu/dua kali dalam sehari
11. Hanya sanggup makan satu/dua kali dalam sehari
12. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik

13. Sumber penghasilan kepala keluarga adalah petani dengan luas lahan 0.5 ha; buruh tani; nelayan; buruh bangunan; buruh perkebunan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah rp. 600.000 per bulan
14. Pendidikan tertinggi kepala keluarga: tidak sekolah/tidak tamat sd/ hanya sd
15. Tidak memiliki tabungan /barang yang mudah dijual seperti sepeda motor(kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

BAB VII

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan alasan perlunya proses keperawatan keluarga
2. Menjelaskan pengkajian keperawatan keluarga
3. Menjelaskan perumusan diagnosis keperawatan keluarga
4. Menjelaskan penyusunan intervensi keperawatan keluarga
5. Menjelaskan implementasi keperawatan keluarga
6. Menjelaskan evaluasi keperawatan keluarga

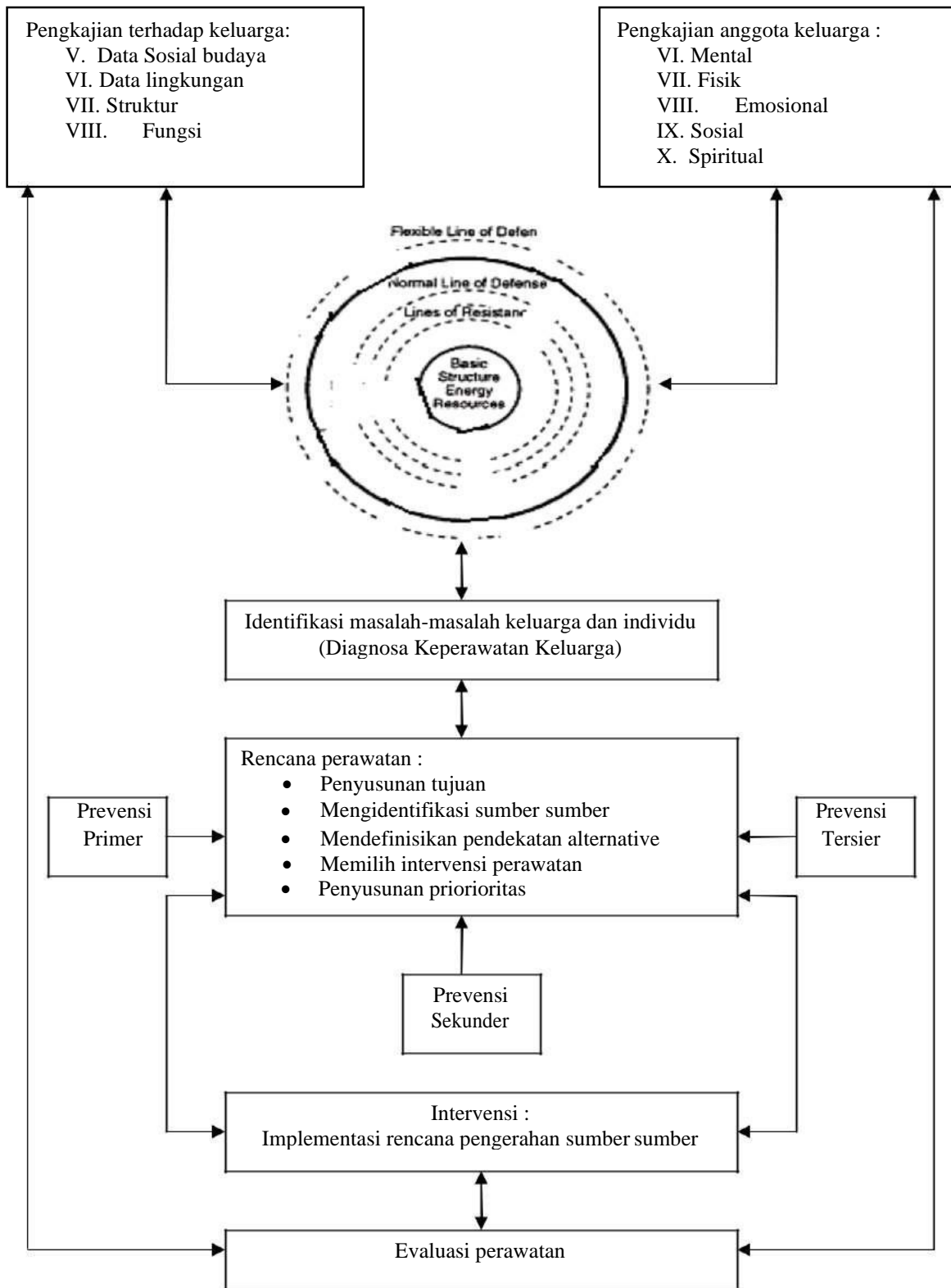
A. Latar Belakang

Keluarga di Indonesia memiliki karakteristik yang unik. Keluarga memiliki nilai dan norma yang dibangun berdasarkan budaya yang ada. Bangsa Indonesia merupakan bangsa yang kaya akan ragam budaya sehingga masing-masing keluarga memiliki nilai dan norma yang berbeda yang diwujudkan dalam bentuk struktur dan fungsi keluarga. Karakteristik dalam keluarga sangat berpengaruh terhadap pembentukan struktur dan fungsi keluarga. Perawat komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga di Indonesia memerlukan suatu bentuk kerangka model keperawatan keluarga yang sesuai dengan kondisi masyarakat di Indonesia.

Model keperawatan keluarga tersebut akan membantu perawat komunitas dalam mengali setiap permasalahan yang dihadapi oleh keluarga dalam membentuk suatu keluarga yang sehat dan sejahtera sesuai dengan perkembangan keluarga tersebut. Berdasarkan identifikasi teori model keperawatan keluarga di Bab II, maka kami mencoba mengembangkan bentuk model keperawatan keluarga yang dapat diaplikasikan pada praktek asuhan keperawatan keluarga di Indonesia. Model yang dikembangkan menggunakan teori model Neuman yang dipadukan dengan teori model Friedman dengan pendekatan proses keperawatan (Gambar 3).

Model pengembangan ini memiliki 5 tahapan sesuai dengan proses keperawatan, yaitu (1) Pengkajian keperawatan keluarga dan anggota keluarga, (2) Perumusan diagnosa keperawatan keluarga, (3) Perencanaan keperawatan keluarga dengan penekanan pada prevensi primer, sekunder, dan tersier, (4) Implementasi keperawatan keluarga, dan (5) Evaluasi keperawatan keluarga. Kelima tahapan proses keperawatan tersebut saling

mempengaruhi dan merupakan suatu proses yang siklik serta saling mempengaruhi, sehingga perawat keluarga sebaiknya memahami model Friedman dan Model Neuman serta proses keperawatan yang disesuaikan dengan perkembangan keluarga yang dibina.



Gambar 3. Pengembangan Model Keperawatan Berdasarkan Model Neuman dan Model Friedman dengan Pendekatan Proses Keperawatan

B. Pengkajian Keluarga

Pengkajian keperawatan keluarga merupakan suatu tahapan dimana perawat mengambil informasi dengan pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan keluarga yang dibinanya. Metode yang dapat digunakan perawat dalam melakukan pengkajian keluarga diantaranya wawancara, observasi fasilitas dan keadaan rumah, pemeriksaan fisik dari anggota keluarga, measurement dari data sekunder (kartu keluarga, hasil lab, papsmear, dan sebagainya).

Model Friedman menguraikan beberapa hal yang dapat dikaji dalam keluarga binaan. Pengkajian ditekankan pada pengkajian keluarga seutuhnya dan pengkajian terhadap anggota keluarga. Beberapa hal yang dikaji dalam keluarga antara lain data sosial budaya, data lingkungan, struktur dan fungsi keluarga. Pengkajian terhadap anggota keluarga ditekankan pada aspek fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual.

Beberapa aspek yang dikaji dalam keluarga seperti data sosial budaya, data lingkungan, struktur dan fungsi keluarga serta status kesehatan anggota keluarga merupakan suatu stressor dalam sistem keluarga yang memerlukan suatu mekanisme adaptasi. Model sistem adaptasi dari Neuman dapat digunakan dalam menilai terhadap stresor yang dihadapi oleh keluarga tersebut. Stresor yang dihadapi oleh keluarga akan melewati 3 garis pertahanan dalam sistem keluarga yaitu garis pertahanan fleksibel, garis pertahanan normal, dan garis pertahanan resisten. Ketiga garis pertahanan tersebut terkait dengan komponen dalam keluarga dan anggota keluarga seperti fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual. Garis pertahanan tersebut melindungi struktur dasar dari keluarga.

Struktur dasar berisi seluruh variable untuk mempertahankan hidup dasar yang biasa terdapat pada manusia dan keluarga sesuai karakteristik individu yang unik. Variabel-variabel tersebut yaitu variable sistem, genetik dan kekuatan/ kelemahan bagian-bagian sistem. *Lines of Resistance*: adalah serangkaian lingkaran putus-putus yang mengelilingi struktur dasar yang berarti garis ini melindungi struktur dasar dan akan teraktivasi jika ada invasi dari stressor lingkungan melalui garis normal pertahanan (*Normal Line Of Defense*) misalnya mekanisme sistem immune tubuh individu atau

mekanisme koping keluarga yang berkaitan dengan struktur keluarga. Jika *Lines of resistance* efektif dalam merespon stresor tersebut maka sistem dapat berkontribusi, jika tidak efektif maka energi berkurang dan bisa menimbulkan kematian atau permasalahan dalam keluarga dalam memenuhi perkembangan keluarga.

Normal Lines of Defense merupakan lingkaran utuh yang mencerminkan suatu keadaan stabil untuk individu, sistem atau kondisi yang menyertai pengaturan karena adanya stresor yang disebut keadaan *wellness* normal dan digunakan sebagai dasar untuk menentukan adanya deviasi dari keadaan *wellness* untuk sistem klien. Berbagai stresor dapat menginvasi *normal line defense* jika *fleksibel lines of defense* tidak dapat melindungi secara adekuat. Jika itu terjadi maka sistem klien akan bereaksi yang akan tampak adanya gejala ketidakstabilan atau sakit dan akan mengurangi kemampuan sistem untuk mengatasi stresor tambahan. *Normal lines of defense* terbentuk dari beberapa variabel dan perilaku seperti pola koping individu dan keluarga, gaya hidup keluarga dan tahap perkembangan keluarga.

Kisi-kisi instrumen pengkajian model yang dikembangkan menggunakan teori model Neuman yang dipadukan dengan teori model Friedman dengan pendekatan proses keperawatan adalah sebagai berikut:

No	Komponen	Variabel	Sub Variabel	Metode	Sumber Data
1	Garis Pertahanan Fleksibel	Fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistem kekebalan (humoral dan sel) ▪ Sel epitelium ▪ Membran mukosa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemeriksaan fisik ▪ Pemeriksaan lab 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer dari keluarga ▪ Puskesmas
		Psikologis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengambilan keputusan ▪ Komunikasi (verbal/non verbal) ▪ Manajemen stres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Primer dari keluarga
		Sosial Budaya	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemanfaatan pelayanan kesehatan ▪ Alokasi sumber daya keluarga ▪ Lingkungan tempat tinggal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer dari keluarga ▪ Data kelurahan ▪ Data puskesmas
		Spiritual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktek ibadah ▪ Kondisi spiritual sehari-hari 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Primer dari keluarga
		Perkembangan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keterampilan parenting 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Primer dari keluarga
2	Garis Pertahanan Normal	Fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistem persarafan, respirasi, kardiovaskuler, perkemihan, integumen, gastrointestinal, muskuloskeletal dan penginderaan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemeriksaan Fisik ▪ Pemeriksaan Lab 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer dari keluarga ▪ Puskesmas
		Psikologis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pola komunikasi ▪ Pengambilan keputusan ▪ Mekanisme berubah ▪ Keterikatan sosial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Primer dari keluarga

			<ul style="list-style-type: none"> Mekanisme dan strategi koping 		
		Sosial Budaya	<ul style="list-style-type: none"> Aktivitas dan partisipasi keluarga dan sosial Aturan/norma keluarga dan sosial. 	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> Primer dari keluarga Data kelurahan
		Spiritual	<ul style="list-style-type: none"> Ketakwaan Kematangan spiritual 	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	Primer dari keluarga
		Perkembangan	Tugas perkembangan	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	Primer dari keluarga
3	Garis Pertahanan Resisten	Fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> Aktivitas mekanisme keseimbangan Perubahan fungsi sistem Penyakit yang diderita keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan fisik Pemeriksaan lab 	<ul style="list-style-type: none"> Primer dari keluarga Puskesmas
		Psikologis	<ul style="list-style-type: none"> Nilai-nilai keluarga Kepercayaan keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	Primer dari keluarga
		Sosial Budaya	<ul style="list-style-type: none"> Budaya dalam keluarga Sosialisasi keluarga pada masyarakat Kepercayaan atau tabu dalam keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> Primer dari keluarga Data RT/RW
		Spiritual	<ul style="list-style-type: none"> Kepercayaan keluarga Nilai spiritual 	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	Primer dari keluarga
		Perkembangan	Nilai-nilai pribadi yang berkembang sesuai perubahan usia	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	Primer dari keluarga
4	Struktur dasar keluarga	Suhu dan kelembaban udara	<ul style="list-style-type: none"> Pencahayaann Ventilasi Sumber penerangan dan ventilasi 	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	Primer dari keluarga
		Struktur genetik	<ul style="list-style-type: none"> Penyakit keturunan dalam keluarga Status imunisasi 	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> Primer dari keluarga Data Puskesmas
		Pola respon	<ul style="list-style-type: none"> Sistem pendukung keluarga Fungsi keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> Observasi Wawancara 	Primer dari keluarga

	Kekuatan organ tubuh	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyakit dalam keluarga ▪ Aktivitas fisik dan olah raga keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Primer dari keluarga
	Kelemahan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tugas perkembangan yang belum dilakukan ▪ Pemenuhan kebutuhan ekonomi dan pendapatan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Primer dari keluarga
	Struktur ego	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stresor jangka panjang dan pendek ▪ Strategi dan mekanisme keluarga dalam mengatasi stresor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Primer dari keluarga
	Pengetahuan atau pemahaman secara umum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pandangan dan pemahaman keluarga terkait masalah yang dihadapi ▪ Harapan keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Primer dari keluarga

C. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa Keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya (Shoemaker, 1984). Diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga.

Diagnosa keperawatan keluarga diangkat setelah stresor mengenai garis pertahanan dalam keluarga baik garis pertahanan fleksibel, garis pertahanan normal, dan garis pertahanan resisten. Stresor-stresor tersebut akan mempengaruhi tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga setiap garis pertahanan yang ada dalam keluarga. Diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, resiko maupun sejahtera tergantung dari garis pertahanan dalam keluarga yang terdapat stresor baik sehat maupun sakit.

Tipologi atau sifat dari diagnosa keperawatan keluarga adalah aktual, resiko, dan sejahtera. Tipologi diagnosa keperawatan keluarga bersifat aktual berarti terjadi defisit/gangguan kesehatan dalam keluarga dan dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan. Diagnosa keperawatan keluarga bersifat resiko (ancaman kesehatan) berarti sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah yang kurang bersih atau pola makan tidak adekuat. Diagnosa keperawatan keluarga bersifat keadaan sejahtera (*wellness*) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera, sehingga kesehatan perlu ditingkatkan.

D. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran yaitu keluarga untuk dilaksanakan, sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yg telah diidentifikasi dapat diselesaikan. Kualitas rencana keperawatan keluarga sebaiknya berdasarkan masalah yang jelas, harus realitas, sesuai dengan tujuan, dibuat secara tertulis, dan dibuat bersama keluarga. Dalam perencanaan keperawatan keluarga ada beberapa hal yang harus dilakukan perawat keluarga yaitu penyusunan tujuan, mengidentifikasi sumber-sumber, mendefinisikan pendekatan alternatif, memilih intervensi perawatan, dan penyusunan prioritas.

1. Menetapkan Prioritas Masalah Keperawatan

Menetapkan prioritas masalah /diagnosa keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan Skala menyusun prioritas dari Bailon dan Maglaya, 1978 :

Skala untuk Menentukan Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga (Bailon dan Maglaya, 1978)

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Skala: Aktual	3	
	Resiko	2	1
2.	Keadaan sejahtera/diagnosis sehat	1	
	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Skala: Mudah	2	
3.	Sebagian	1	2
	Tidak dapat	0	
	Potensi masalah untuk dicegah		
4.	Skala: Tinggi	3	
	Cukup	2	1
	Rendah	1	
4.	Menonjolnya masalah		
	Skala: Masalah dirasakan dan harus 2		
	segera ditangani		
	Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	1
	Masalah tidak dirasakan	0	

Skoring:

1. Tentukan skore untuk setiap kriteria
2. Skore dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot.

$$\frac{\text{Skore}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

3. Jumlahkanlah skore untuk semua kriteria.

2. Menetapkan Tujuan Keperawatan

Tujuan keperawatan harus mewakili status yang diinginkan yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui program intervensi keperawatan (mandiri) (Carpenito, 1988). Sasaran merupakan tujuan umum (yang merupakan akhir yang dituju dengan semua usaha). Tujuan merupakan pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari tindakan keperawatan yang terdiri dari jangka panjang dan jangka pendek.

Tujuan jangka panjang adalah target dari kegiatan atau hasil akhir yang diharapkan dari rangkaian proses penyelesaian masalah keperawatan (penyelesaian satu diagnosa atau masalah) dan biasanya berorientasi pada perubahan perilaku seperti pengetahuan, sikap, dan ketrampilan. Misalnya: Keluarga mampu merawat anggotanya (Tn. X) yang mengalami TBC Paru

Tujuan jangka pendek merupakan hasil yang diharapkan dari setiap akhir kegiatan yang dilakukan pada waktu tertentu disesuaikan dengan penjabaran jangka panjang. Misalnya: Setelah dilakukan satu kali kunjungan, keluarga mengerti tentang penyakit TBC. Pada tujuan juga perlu ditentukan rencana evaluasi yang merupakan kriteria (tanda/indikator yang mengukur pencapaian tujuan dan tolak ukur dari kegiatan tertentu) dan standar tingkat penampilan (*performance*) sesuai tolak ukur yg ada. Misalnya:

- a. Berat badan anak akan naik minimal 1 kg setiap bulan
 - b. Setelah kunjungan rumah ibu akan mengunjungi puskesmas minimal 4 kali selama kehamilannya
 - c. Keluarga dapat menjelaskan secara verbal: arti TB Paru, minimal 3 tanda TB paru, minimal 2 penyebab TB paru
3. Menyusun rencana Tindakan Keperawatan keluarga

Rencana tindakan keperawatan keluarga merupakan langkah dalam menyusun alternatif-alternatif dan mengidentifikasi sumber-sumber kekuatan dari keluarga (kemampuan perawatan mandiri, sumber pendukung/bantuan yang bisa dimanfaatkan) yang digunakan untuk menyelesaikan masalah dalam keluarga. Dalam setiap rencana keperawatan perawat keluarga menetapkan aktifitas untuk setiap tujuan keperawatan. Perawat keluarga merencanakan apa kegiatan yang akan dilakukan, kapan, bagaimana melakukan, siapa yang melakukan, dan berapa banyak yang akan dilakukan.

Intervensi keperawatan keluarga ditekankan pada penguatan garis pertahanan keluarga karena keluarga merupakan suatu sistem. Penguatan garis pertahanan keluarga pada model Neuman dengan menekankan pada 3 tingkat pencegahan yaitu: pencegahan primer untuk garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk garis pertahanan normal, dan pencegahan tersier untuk garis pertahanan resisten.

E. Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi keperawatan keluarga merupakan pelaksanaan dari rencana asuhan perawatan yang telah disusun perawat bersama keluarga. Inti pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan keluarga adalah perhatian. Jika perawat tidak memiliki falsafah untuk memberi perhatian, maka tidak mungkin perawat dapat melibatkan diri bekerja dengan keluarga. Perawat pada tahap ini menghadapi kenyataan dimana keluarga mencoba segala daya cipta dalam mengadakan perubahan versus frustrasi sehingga

tidak dapat berbuat apa-apa. Perawat harus membangkitkan keinginan untuk bekerja sama melaksanakan tindakan keperawatan.

Pada pelaksanaan implementasi keluarga, hal-hal yang perlu diperhatikan adalah (Friedman, 2004):

1. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan tindakan yang tepat dengan cara:
 - a. Diakui tentang konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b. Identifikasi sumber-sumber tindakan dan langkah-langkah serta sumber yang dibutuhkan
 - c. Diakui tentang konsekuensi tiap alternatif tindakan
2. Menstimuli kesadaran dan penerimaan tentang masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a. Memperluas informasi keluarga
 - b. Membantu untuk melihat dampak akibat situasi yang ada
 - c. Hubungan kebutuhan kesehatan dengan sasaran keluarga
 - d. Dorong sikap emosi yang sehat menghadapi masalah
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat keluarga yang sakit, dengan cara:
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c. Mengawasi keluarga melakukan perawatan
4. Intervensi untuk menurunkan ancaman psikologis:
 - a. Meningkatkan hubungan yang terbuka dan dekat: meningkatkan pola komunikasi/interaksi, meningkatkan peran dan tanggung jawab
 - b. Memilih intervensi keperawatan yang tepat
 - c. Memilih metode kontak yang tepat: kunjungan rumah, konferensi di klinik/puskesmas, pendekatan kelompok
5. Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin

6. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara:
 - a. Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

F. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi keperawatan merupakan suatu langkah dalam menilai hasil asuhan yang dilakukan dengan membandingkan hasil yang dicapai berupa respon keluarga terhadap tindakan yang dilakukan dengan indikator yang ditetapkan. Hasil asuhan keperawatan dapat diukur melalui: (1) Keadaan fisik, (2) Sikap/psikologis, (3) Pengetahuan atau kelakuan belajar, dan (4) Perilaku kesehatan.

Hasil evaluasi keperawatan keluarga akan menentukan apakah keluarga sudah dapat dilepas dari pembinaan/asuhan pada tingkat kemandirian yang diinginkan, atau masih perlu tindak lanjut. Bila kunjungan berkelanjutan maka perlu dibuat catatan perkembangannya. Jika tujuan tidak tercapai maka perlu dilihat: (1) Apakah tujuan realistis, (2) Apakah tindakan sudah tepat, dan (3) Bagaimana faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.

BAB VIII
KEPERAWATAN KELUARGA SESUAI KEBUTUHAN
PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN KELUARGA

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan alasan perlunya identifikasi tumbuh kembang keluarga
2. Menyebutkan tahap perkembangan keluarga
3. Menjelaskan tugas perkembangan keluarga pada setiap tahapannya

A. Latar Belakang

Perkembangan keluarga adalah proses perubahan yang terjadi pada system keluarga meliputi perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggotanya di sepanjang waktu. Perkembangan ini terbagi menjadi beberapa tahap atau kurun waktu tertentu. Pada setiap tahapnya keluarga memiliki tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahap tersebut dapat dilalui dengan sukses.

Perawat keluarga perlu memahami setiap tahap perkembangan keluarga serta tugas-tugas perkembangannya. Hal ini penting mengingat tugas perawat dalam mendeteksi adanya masalah keperawatan yang muncul pada tahap perkembangan yang sedang dijalani. Tindakan keperawatan yang dilakukan terkait erat dengan dengan sifat yaitu potensial, risiko dan actual.

B. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga dibagi sesuai dengan kurun waktu tertentu yang dianggap stabil, misalnya keluarga dengan anak pertama berbeda dengan keluarga dengan remaja. Menurut Rodgers (Friedman,1998), meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangannya secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama. Tiap tahap perkembangan membutuhkan tugas atau fungsi keluarga agar dapat melalui tahap tersebut dengan sukses.

Tahap I. Pasangan Baru (Keluarga Baru)

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki (suami) dan wanita (isteri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing. Karena masih banyak kita temui keluarga baru yang tinggal dengan orang tua, maka yang dimaksud dengan meninggalkan keluarga disini bukan secara fisik. Namun secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru.

Dua orang yang membentuk keluarga perlu mempersiapkan kehidupan keluarga yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya, misalnya kebiasaan makan, tidur, bangun pagi dsb. Tugas perkembangan selengkapny dapat dilihat pada table 1.

Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
I. Pasangan Baru (Keluarga Baru)	<ul style="list-style-type: none">• Membina hubungan intim yang memuaskan• Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok social• Mendiskusikan rencana memiliki anak

Keluarga baru ini merupakan anggota dari tiga keluarga, yaitu: keluarga suami, isteri serta keluarga sendiri. Masing-masing pasangan menghadapi perpisahan dengan keluarga orang tuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok social pasangan masing-masing. Hal ini yang perlu diputuskan pada tahap ini adalah kapan waktu yang tepat untuk mendapatkan anak dan jumlah anak yang diharapkan.

Tahap II. Keluarga “Child-bearing” (Kelahiran Anak Pertama)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan. Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami isteri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting (table 2)

Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
II. Keluarga “Child-bearing” (Kelahiran Anak Pertama)	<ul style="list-style-type: none"> • Persiapan menjadi orang tua • Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga: peran, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan • Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan

Kelahiran bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Sering terjadi dengan kelahiran bayi, pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Peran utama Ners keluarga adalah mengkaji peran orang tua; bagaimana orang tua berinteraksi dan merawat bayi serta bagaimana bayi merespon. Ners perlu memfasilitasi hubungan orang tua dan bayi yang positif dan hangat sehingga jalinan kasih sayang antara bayi dan orang tua dapat tercapai.

Tahap III. Keluarga dengan Anak Prasekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2.5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini dapat dilihat pada table 3.

Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
Keluarga dengan Anak Prasekolah	<ul style="list-style-type: none"> • Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman • Membantu anak untuk bersosialisasi • Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi • Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar) • Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak (tahap paling repot) • Pembagian tanggung jawab anggota keluarga • Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak

Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat tergantung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa sehingga kebutuhan anak, suami isteri dan pekerjaan (purna wktu/paruhwaktu) dapat terpenuhi. Orang tua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan hubungan kerja sama antar suami isteri. Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai.

Tahap IV. Keluarga dengan Anak Sekolah

Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia enam tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini pada umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Untuk itu keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan (table 4)

Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
Keluarga dengan Anak Prasekolah	<ul style="list-style-type: none"> • Membantu sosialisasi anak: tetangga, sekolah dan lingkungan • Mempertahankan keintiman pasangan • Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga

Pada tahap ini orang tua perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi baik aktivitas di sekolah maupun di luar sekolah.

Tahap V. Keluarga dengan Anak Remaja

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir dengan 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta pada tahap-tahap

sebelumnya, pada tahap ini keluarga memiliki tugas perkembangan yang dapat dilihat pada table 5.

Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
Keluarga dengan Anak Remaja	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya • Mempertahankan hubungan yang intim dalam keluarga • Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang. Hindari perdebatan, permusuhan dan kecurigaan. • Perubahan system peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Ini merupakan tahapan yang paling sulit, karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab (mempunyai otoritas terhadap dirinya sendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya). Seringkali muncul konflik antara orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya sementara orang tua mempunyai hak untuk mengontrol aktivitas anak. Dalam hal ini orang tua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan dan permusuhan sehingga hubungan orang tua dan remaja tetap harmonis.

Tahap VI. Keluarga dengan Anak Dewasa (Pelepasan)

Tahap ini dimulai pada saat yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anak untuk hidup sendiri. Tugas perkembangan yang lebih rinci dapat dilihat pada table 6.

Tahap Perkembangan	Tugs Perkembangan
Keluarga dengan Anak Dewasa (Pelepasan)	<ul style="list-style-type: none"> • Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar • Memperthnkan keintimn psngn • Membantu orang tua suami/isteri yang sedang sakit dan memasuki masa tua • Membantu anak untukmandiri di masyarakat • Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga

Kelurga mempersiapkan anaknya yang tertu untuk membentuk kelurga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Pada saat semua anak meninggklkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan sumi isteri seperti fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa “kosong” karena anak-anak sudah tidak tinggal serumah lagi. Untuk mengatasi keadaan ini orang tua perlu melakukn aktivitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan dan tetap memelihara hubungan dengan baik.

Tahap VII. Keluarga Usia Pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua. Untuk mengatasi hal tersebut keluarga perlu melakukan tugas-tugas perkembangan berikut (table 7)

Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
Keluarga Usia Pertengahan	<ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan kesehatan • Mempertahankan hubungn yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak • Meningkatkan keakraban pasangan

Setelah semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas: pola hidup yang sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup dan pekerjaan dsb. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi (anak dan cucu) sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin dipererat dengan memperhatikan ketergantungan dan kemandirian masing-masing pasangan.

Tahap VIII. Keluarga Usia Lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut saat salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stressor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan social, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Dengan memenuhi tugas-tugas perkembangan pada fase ini diharapkan orang tua mampu beradaptasi menghadapi stressor tersebut (table 8)

Tahap perkembangan	Tugas Perkemabnagan
Keluarga Usia Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> • Memperthankan suasana rumah yang menyenangkan • Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan • Mempertahankan keakraban suami isteri dan saling merawat • Mempertahankan hubungan dengan anak dan social masyarakat • Melakukan life review

Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Lanjut usia umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri dari pada tinggal bersama anaknya. Menurut riset Day and Day (1993), wanita yang tinggal dengan pasangannya memperlihatkan adaptasi yang lebih positif

dalam memasuki masa Tanya dibandingkn dengan wanita yang tinggal dengan teman-teman sebayanya. Orang tua juga perlu melakukan “life review” dengan mengenang pengalaman hidup dan keberhasilan di masa lalu. Hal ini berguna agar orang tua merasakan bahwa hidupnya berkualitas dan berarti.

BAB IX

KEPERAWATAN KELUARGA RENTAN ATAU RISIKO

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti perkuliahan ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan dasar pemikiran keluarga rentan atau risiko masalah kesehatan
2. Mendefinisikan keluarga rentan atau risiko
3. Melakukan asuhan keperawatan pada keluarga risiko ataupun rentan terhadap permasalahan kesehatan di Indonesia

A. Dasar Hukum

Dasar pemikiran perhatian pada asuhan keperawatan pada kelompok keluarga risiko ataupun rentan masalah kesehatan di Indonesia adalah:

- Garis Garis Besar Haluan Negara 1999 - 2004
- Pasal 8 UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang HAM
- Pasal 5 ayat (3) Undang-Undang No.39 Tahun 1999 yang menyatakan bahwa *setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya*

B. Definisi Risiko (At Risk)

At risk merupakan kemungkinan terhadap munculnya suatu kejadian, seperti status kesehatan seseorang yang terpapar oleh suatu faktor spesifik tertentu maka akan menderita suatu penyakit spesifik tertentu tersebut (Swanson, 1997). Pendekatan epidemiologi menjelaskan tentang pola penyakit pada suatu populasi dan kuantitas efek dari paparan terhadap suatu faktor utama penyakit membutuhkan suatu identifikasi terhadap faktor risiko yang spesifik.

Risk factor merupakan faktor paparan yang spesifik yang secara terus menerus bersinggungan terhadap individu dari luar, seperti asap rokok, stress yang berlebihan, dan zat kimia yang ada di lingkungan. *Risk factor* juga berkaitan dengan karakteristik seseorang seperti umur, jenis kelamin, dan genetik. Gaya hidup seseorang juga menentukan terhadap adanya *risk factor* munculnya suatu penyakit pada seseorang

(Swanson, 1997). Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999), perubahan fokus perawatan kesehatan komunitas pada populasi dan *at risk* terjadi karena adanya transisi perubahan gaya hidup dan penyakit yang dapat diidentifikasi melalui pendekatan epidemiologi.

Population at risk merupakan kumpulan dari orang-orang yang memiliki beberapa kemungkinan yang telah jelas teridentifikasi atau telah ditentukan meskipun sedikit atau kecil terhadap munculnya suatu peristiwa (Stanhope & Lancaster, 1996; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Identifikasi yang menyeluruh pada populasi risiko membutuhkan suatu instrument yang baik dalam mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang berkontribusi terhadap munculnya penyakit atau masalah (Kharicha, 2007). Clemen-Stone, McGuire dan Eigsti (2002) *populations at risk* adalah populasi yang melakukan aktifitas-aktivitas tertentu atau memiliki cirri-ciri tertentu yang meningkatkan potensi populasi tersebut untuk mengalami penyakit, cedera, atau masalah kesehatan lainnya.

Faktor-faktor yang berisiko menimbulkan masalah kesehatan terdiri dari beberapa kategori antara lain *biologic risk*, *social risk*, *economic risk*, *life-style risk* dan *life event risk* (Stanhope & Lancaster, 2000). *Biologic risk* merupakan dalah faktor genetik atau fisik yang berkontribusi terjadinya risiko. *Social risk* merupakan faktor kehidupan yang tidak teratur, tingkat kriminal yang tinggi, lingkungan yang terkontaminasi oleh polusi udara, kebisingan, zat kimia berkontribusi untuk terjadinya masalah. *Economic risk* adalah tidak seimbangannya antara kebutuhan dengan penghasilan, krisis ekonomi yang berkepanjangan sehingga berpengaruh terhadap kebutuhan perumahan, pakaian, makanan, pendidikan, dan kesehatan. *Life-style risk* merupakan kebiasaan atau gaya hidup yang dapat berdampak terjadinya risiko, termasuk keyakinan terhadap kesehatan, kebiasaan sehat, persepsi sehat, pengaturan pola tidur, rencana aktifitas keluarga, norma tentang perilaku yang berisiko. *Life-event risk* adalah kejadian dalam kehidupan yang dapat berisiko terjadinya masalah kesehatan, seperti; pindah tempat tinggal, adanya anggota

keluarga baru, adanya anggota keluarga yang meninggalkan rumah dapat berpengaruh pada pola komunikasi.

C. Definisi Rentan (Vulnerable)

1. Definisi Kelompok rentan

- ***“Vulnerable populations are defined as social groups who have an increased relative risk or susceptibility to adverse health outcomes”*** (Flaskerud & Winslow, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004).
- *In the context of health care, **risk**, is an epidemiological term that means that some people have a higher probability of illness than others.*
- *Is a sub group of the populations that is more likely to develop health problems as a result of exposures to risk or to have worse outcome from these health problems than the populations as a whole. Vulnerability is an international concern, with different populations being most vulnerable in different countries*
- Kelompok social yang beresiko tinggi terjadi masalah kesehatan
- Populasi ini mempunyai kemungkinan besar terjadi penyakit dari pada kelompok lainnya

2. Jenis Kelompok rentan

- Orang lanjut usia
- Anak - anak
- Fakir miskin
- Perempuan rentan
- Penyandang cacat
- Kelompok minoritas

3. Masalah-Masalah Kelompok rentan

- ANAK: pelanggaran hak asasi : abuse, eksploitasi dan diskriminasi
- PEREMPUAN: kekerasan dalam rumah tangga (KDRT)
- PENYANDANG CACAT: diskriminasi pekerjaan, perhatian terhadap keterbatasan yang masih kurang

- KELOMPOK MINORITAS: diskriminasi politik, ekonomi, social, dan budaya
-
4. Asuhan keperawatan individu dan keluarga rentan atau risiko
 - a. Family violence
 - b. Child abuse
 - c. Penyalahgunaan NAPZA
 - d. Elderly negligence
 - e. Comunicabel and non cimunicable diseases
 - f. Mental illness

BAB X

TERAPI MODALITAS KELUARGA

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti perkuliahan ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pengertian terapi modalitas keluarga
2. Menyebutkan jenis terapi modalitas keluarga
3. Melakukan terapi modalitas keluarga pada kasus keluarga yang tepat.

A. Pengertian Terapi Modalitas Keluarga

Terapi modalitas adalah terapi yang melibatkan perlakuan terhadap fisik pasien, seperti pemberian elektroterapi, kemoterapi, krioterapi dan tindakan pembedahan. Terapi modalitas sebaiknya tidak diberikan tersendiri pada suatu penatalaksanaan penyakit, dan sebaiknya diberikan tambahan terapi baik dalam bentuk terapi latihan maupun intervensi farmakologis. (Inverarity, 2005; Malanga, 2010)

B. Jenis Terapi Modalitas Keluarga

1. Coaching dan Guidance

Coaching atau bimbingan merupakan proses belajar intensif melalui bimbingan perorangan, demonstrasi, dan praktik yang diikuti dengan pemberian umpan balik segera. Tujuan dari coaching pada keluarga dengan anak remaja adalah untuk meningkatkan, mengembangkan, dan atau menerapkan materi pembelajaran atau prosedur, misalnya prosedur belajar yang efektif (Gladding, 2002).

2. Konseling

Konseling merupakan proses saling belajar yang menyangkut dua individu dalam suasana edukatif. Pihak pertama adalah konseli atau klien yang meminta atau memerlukan bantuan dari pihak kedua yaitu konselor (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Pada kelima keluarga binaan ini direncanakan dilakukan konseling dalam pemecahan perawatan tumbuh kembang kesehatan reproduksi remaja. Permasalahan yang muncul seputar remaja di keluarga akan digali dan dipecahkan melalui pemberian solusi yang baik melalui konseling keluarga.

Tujuan dari konseling diberikan pada kelima keluarga binaan adalah untuk membantu keluarga dalam mengemukakan masalah yang dialaminya, membantu keluarga mengambil keputusan bersama dalam upaya mencari solusi sesuai dengan sumber yang dimiliki keluarga, dan untuk membantu keluarga dalam melaksanakan solusi secara bertahap sesuai dengan hasil kesepakatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

3. Game Terapi

Game adalah suatu cara untuk menarik perhatian terhadap suatu objek. Game merupakan sesuatu yang bersifat universal dan disukai serta telah dimainkan sejak dahulu hingga sekarang. Game memungkinkan orang-orang untuk relax dengan menghasilkan suatu suasana hati bebas masalah dan tenang; menimbulkan tantangan pemain untuk memecahkan pokok materi permainan yang sedang dimainkan; mendorong keikutsertaan pemain dan setiap orang untuk masuk dari permainan tersebut; mengajarkan sesuatu pelajaran yang berbeda; dan umumnya murah atau cuma-cuma. Game hanya dibatasi waktu dan imajinasi (PATH, 2002).

4. Modifikasi perilaku

Modifikasi perilaku pada keluarga dilakukan melalui prinsip dengan perjanjian kontrak dan prinsip ekonomi. Modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak dilakukan untuk mendisiplinkan remaja untuk manajemen aktivitas kesehariannya dari bangun tidur sampai dengan menjelang tidur lagi (Stuart, 2009). Contingency contracting berfokus pada perjanjian yang dibuat antara terapis dalam hal ini perawat jiwa dengan klien. Perjanjian dibuat dengan *punishment* dan *reward*. Konsekuensi yang berat telah disepakati antara klien dengan perawat terutama bila klien melanggar kebiasaan buruk yang sudah disepakati untuk ditinggalkan.

Token economy adalah bentuk reinforcement positif yang sering digunakan pada kelompok anak-anak atau klien yang mengalami masalah psikiatrik. Hal ini dilakukan secara konsisten pada saat klien mampu menghindari perilaku buruk atau melakukan hal yang baik. Modifikasi dengan prinsip token ekonomi

merupakan pemberian penghargaan yang dilakukan seperti yang diharapkan. Pemberian penghargaan diberikan secara bersamaan dengan pemberian umpan balik. Hal ini dilakukan pada keluarga dengan tujuan supaya terjadi perubahan perilaku dengan pemberian penghargaan (Stuart, 2009).

5. Relaksasi progresif

Relaksasi progresif diberikan pada remaja dan keluarga untuk meningkatkan manajemen stress terkait dengan pola koping keluarga. Relaksasi progresif merupakan upaya menanggulangi stres, ketegangan jiwa dan raga individu serta keluarga. Tujuan intervensi ini adalah untuk mengistirahatkan unsur jiwa dan raga secara optimal meliputi perasaan, kemauan, dan pikiran secara berturut-turut (DeLaune & Ladner, 2002).

6. Latihan asertif

Perilaku asertif adalah kemampuan individu untuk mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan kepada orang lain namun tetap menjaga hak-hak serta perasaan orang lain (Stuart, 2009). Latihan asertif adalah suatu terapi modalitas keperawatan dalam bentuk terapi kelompok (terapi perilaku), klien belajar mengungkapkan perasaan marah secara tepat atau asertif sehingga klien mampu untuk berhubungan dengan orang lain, mampu menyatakan: apa yang diinginkan, apa yang disukainya, dan apa yang ingin dia kerjakan dan kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri.

7. Komunikasi efektif

Komunikasi adalah suatu proses penyampaian pikiran, perasaan melalui bahasa, pembicaraan, mendengar, gerak tubuh atau ungkapan emosi. Komunikasi efektif adalah proses komunikasi yang mencapai tujuan dari komunikasi tersebut. Komunikasi efektif adalah suatu proses penyampaian pikiran, perasaan melalui bahasa, pembicaraan, mendengar, gerak tubuh, dan ungkapan emosi dengan

saling menghargai dan mendengar orang lain ketika berbicara dalam suasana yang harmonis dan terbuka.

Tujuan intervensi komunikasi efektif ini adalah untuk membangun hubungan yang harmonis dengan remaja dan membentuk suasana keterbukaan dan mendengar diantara orang tua dan remaja sehingga akan menghindari konflik yang terjadi diantara orang tua dan remaja. komunikasi yang efektif akan dapat membuat remaja mau bicara pada saat mereka menghadapi masalah dan membuat remaja mau mendengar dan menghargai orang tua dan dewasa saat mereka berbicara sehingga akan dapat membantu remaja menyelesaikan masalahnya (Stuart, 2009).

C. Contoh Prosedur Terapi Modalitas Keluarga

A. Senam Asma

1. Definisi

Serangkaian kegiatan dalam bentuk gerakan untuk melatih dan memperkuat otot-otot pernapasan agar penderita asma lebih mudah melakukan respirasi dan ekspektorasi.

2. Indikasi

Ditujukan bagi penderita asma dengan tujuan untuk:

- Melatih cara bernapas yang benar.
- Melenturkan dan memperkuat otot pernapasan.
- Melatih ekspektorasi yang efektif.
- Meningkatkan sirkulasi.
- Mempertahankan asma terkontrol.
- Meningkatkan kualitas hidup.

3. Syarat Mengikuti Senam Asma

- Tidak dalam serangan asma.
- Tidak dalam kondisi gagal jantung.

- Tidak dalam kondisi kesehatan yang menurun (flu, kurang tidur, baru sembuh dari sakit).

4. Persiapan

- a. Alat: tidak memerlukan alat khusus, jika perlu dapat digunakan tape recorder.
- b. Klien
 - Tidak dalam serangan asma.
 - Tidak dalam kondisi gagal jantung.
 - Tidak dalam kondisi kesehatan yang menurun (flu, kurang tidur, baru sembuh dari sakit).
- c. Terapis:
 - Siap secara fisik dan emosional
 - Menguasai gerakan secara menyeluruh
- d. Lingkungan
 - Lingkungan terbuka diluar rumah yang memungkinkan sirkulasi udara lancar.
 - Lingkungan yang aman dan kondusif yang mengurangi untuk penderita jatuh atau cedera seperti lantai licin, dekat barang-barang.

5. Prosedur

- a. Senam asma terdiri dari 4 bagian utama tau pokok yaitu:

1. Pemanasan
2. Latihan Inti A

Latihan ini dimaksudkan untuk melatih cara bernapas yang efektif bagi penderita asma. Dilakukan dengan menarik napas (inspirasi) dan mengeluarkan napas (ekspirasi). Ekspirasi lebih panjang dua hitungan dari inspirasi

3. Latihan Inti B

Latihan ini ditujukan untuk melemaskan otot-otot pernapasan. Dengan irama yang ritmis, otot-otot akan menjadi lentur sehingga mempermudah pernapasan dan ekspektorasi.

4. Aerobik

Dimaksudkan untuk meningkatkan sirkulasi (peredaran darah).

5. Pendinginan

b. Adapun bentuk latihannya adalah:

- 1) Ayunkan lengan, setinggi bahu sebanyak 2 x 8 kali. Langsung ke latihan berikutnya.
- 2) Ayunkan lengan lebih tinggi sebanyak 2 x 8 kali. Hitungan terakhir posisi tegak.
- 3) Putar kedua lengan sebanyak 2 x 8 kali (4x ke depan, 4x ke belakang).
- 4) Berjalan sampai 10x hitungan.
- 5) Tarik siku ke belakang, 2 x 8 kali. Setiap hitungan ke-4, kedua lengan ke bawah.
- 6) Tarik siku (sama dengan latihan ke-5). Dilakukan 2x, disambung 2x hitungan dengan merentangkan lengan. Setiap hitungan ke-4, kedua lengan turun.
- 7) Tarik lengan ke belakang (dalam sikap lurus). Dilakukan 2x8 kali. Setiap hitungan ke-4, kedua lengan lurus ke bawah.
- 8) Renggutkan badan ke bawah 3x. Pada hitungan ke-4, posisi tegak. Dilakukan 2 x 8 kali.
- 9) Sama dengan latihan 8, 1x tunduk, 2x melengkung ke belakang. Pada hitungan ke-4 posisi tegak. Dilakukan 2 x 8 kali.
- 10) Berjalan, sampai 10x hitungan.
- 11) Renggutkan badan ke samping 3x. Pada hitungan ke-4 putar ke arah lain. Dilakukan 2 x 8 kali.
- 12) Tarik menarik dilakukan sampai 3x. Pada hitungan ke-4 posisi tegak. Dilakukan 2 x 8 kali.
- 13) Hitungan 1, putar, hitungan 2-3 renggutkan badan ke depan. Pada hitungan ke-4 kembali ke sikap semula. Tiap selesai hitungan ke-4, ganti orang. Dilakukan 2 x 8 kali.
- 14) Istirahat, dilakukan 10x hitungan.

Latihan bagi penderita asma umumnya dilakukan dengan takaran berkisar 60-90% dari kekuatan maksimal peserta. Lama latihan kurang lebih 1 jam, terbagi atas 3 bagian: pemanasan selama 15 menit, latihan inti 30 menit, dan pendinginan 15 menit. Dalam 1 minggu dianjurkan minimal tiga kali latihan. Latihan menahan napas penting sekali bagi penderita karena aliran darah ke jantung dapat dihambat.

B. Terapi Binatang (Animal Assisted Therapy)

1. Definisi

Suatu tindakan terapi dengan maksud menggunakan binatang untuk memberikan kasih sayang, perhatian, pengelakan, dan relaksasi pada klien (McCloskey & Bulechek, 1996).

2. Indikasi

- Ditujukan bagi klien yang mengalami ketidaknyamanan seperti kecemasan, nyeri, dan stres.
- Lanjut usia dalam mengenang memori yang telah lalu

3. Persiapan

a. Alat:

- Binatang kesayangan atau kesukaan klien, seperti anjing, kucing, hamster, burung, dan sebagainya
- Binatang dalam keadaan sehat

b. Klien:

- Tidak alergi terhadap binatang terapi
- Suka terhadap binatang terapi

c. Terapis:

- Mengerti dan memahami karakteristik dari binatang yang digunakan sebagai terapi
- Mampu berkomunikasi dengan klien dan binatangnya

d. Lingkungan

- Lingkungan yang tenang dan nyaman
- Lingkungan yang terbuka seperti taman atau kebun

4. Prosedur

- a. Tentukan atau pastikan klien menerima binatang sebagai agen terapi
- b. Beri penjelasan pada klien dan keluarga maksud dan rasional dari penggunaan binatang dalam lingkungan perawatan klien
- c. Pastikan bahwa binatang diskriminasi dan ditraining dalam program terapi
- d. Libatkan pengawas binatang atau pelajari peraturan permainan terhadap binatang (pelajari tingkah laku binatang yang digunakan dalam terapi)
- e. Berikan binatang terapi pada klien sesuai dengan kesenangan dan kesukaan seperti anjing, kucing, kuda, ular, kura-kura, babi, kelinci, burung, dan sebagainya.
- f. Fasilitasi klien untuk melihat, memegang, dan memeluk dengan binatang terapi.
- g. Dukung klien untuk mengekspresikan perasaan dan emosinya pada binatang terapi.
- h. Fasilitasi klien untuk latihan dan bermain dengan binatang terapi dengan memberi makan atau mengenakan baju binatang terapi.
- i. Gali perasaan klien selama dan sesudah terapi

C. Terapi Bermain

1. Definisi

- Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan secara sukarela untuk memperoleh kesenangan. Bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional, dan sosial (Wholey and Wong, 1996).
- Suatu tindakan terapi dengan maksud menggunakan mainan atau peralatan yang lain untuk membantu klien dalam berkomunikasi persepsinya pada dunia dan membantunya dalam memimpin lingkungan (McCloskey & Bulechek, 1996).

2. Indikasi bermain bagi anak :

- a. Perkembangan sensori motorik
- b. Perkembangan intelektual / kognitif
- c. Mengembangkan kreativitas anak
- d. Merupakan media sosialisasi anak

- e. Media kesadaran diri
 - f. Perkembangan moral
 - g. Sebagai alat komunikasi
 - h. Terapi.
3. Tujuan bermain :
- a. Dapat melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal,
 - b. Dapat mengekspresikan keinginan, perasaan, dan fantasi,
 - c. Dapat mengembangkan kreativitas melalui pengalaman bermain yang tepat,
 - d. Agar anak dapat beradaptasi lebih efektif terhadap stress karena sakit.
4. Prinsip-Prinsip bermain yang dilakukan, adalah :
- a. Tidak banyak mengeluarkan energi, singkat, dan sederhana.
 - b. Mempertimbangkan keamanan.
 - c. Kelompok umur / usia klien sama.
 - d. Melibatkan orang tua.
 - e. Tidak bertentangan dengan pengobatan.
5. Persiapan
- a. Alat
 - Alat-alat bermain anak yang disesuaikan dengan pertumbuhan dan perkembangan anak, usia, jenis permainan dan tujuan dari permainan.
 - Jenis mainan adalah yang merangsang pertumbuhan dan perkembangan anak
 - Alat bermain tidak berbahaya dan aman bagi anak
 - b. Klien
 - Tertarik dengan permainan
 - Mau bersosialisasi dengan lingkungan baru
 - c. Terapis
 - Menguasai permainan yang dilakukan
 - Memfasilitasi kreativitas dan keamanan anak
 - d. Lingkungan
 - Lingkungan yang aman dan tenang
 - Lingkungan yang dikenal dengan anak jika memungkinkan

6. Prosedur

- a. Gali perasaan anak sebelum bermain dan kesiapan anak dalam permainan
- b. Komunikasikan tujuan permainan
- c. Komunikasikan siapa saja yang terlibat dalam permainan dan peran masing-masing yang terlibat permainan
- d. Berikan peralatan permainan yang aman dan merangsang perkembangan anak
- e. Berikan peralatan yang menstimulasi kreativitas, peran yang memfasilitasi ekspresi pengetahuan dan perasaan anak
- f. Komunikasikan penerimaan pengetahuan, perasaan, dan persepsi anak diantara positif dan negatif yang diekspresikan melalui permainan
- g. Diskusikan aktivitas permainan dengan keluarga dan penggunaan peralatan permainan
- h. Beri kesempatan pada anak untuk memanipulasi setiap peralatan permainan yang digunakan dalam pengembangan peran dan perkembangan.
- i. Validasi perasaan anak yang diekspresikan selama sesi permainan

TUGAS:

BUAT SUATU TERAPI MODALITAS KEPERAWATAN KELUARGA.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (2001). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E., & McFarlane, J. (2004). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hitchcock, J.E., Scubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community Health Nursing : Caring in action. USA : Delmar Publisher*
- McMurray, A. (2003). *Community Health and Wellness : a Sociological approach*. Toronto : Mosby
- Nies, M.A., and McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population. (3rd Ed.)*, Philadelphia: Davis Company.
- Pender, N.J., Carolyn, L.M., Mary, A.P. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4rd edition. Stamford: Appleton & Lange.
- Stanhope, M. dan Lancaster, J. (1996). *Community Health Nursing : Promoting Health Of Aggregates, Families And Individuals*, 4th ed. St.Louis : Mosby, Inc.

**TUGAS PRAKTEK MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN UNIVERSITAS
KRISTEN INDONESIA (UKI)**

B. Pokok Bahasan:

1. Asuhan keperawatan individu dan keluarga sesuai dengan tumbuh kembang
 - a. Keluarga pasangan baru
 - b. Keluarga child bearing (kelahiran anak pertama)
 - c. Keluarga dengan anak usia sekolah
 - d. Keluarga dengan remaja
 - e. Keluarga dengan anak dewasa
 - f. Keluarga usia pertengahan
 - g. Keluarga usia lanjut
2. Asuhan keperawatan individu dan keluarga rentan atau risiko
 - a. *Family violence*
 - b. *Child abuse*
 - c. *Penyalahgunaan NAPZA*
 - d. *Elderly negligence*
 - e. *Access To Quality Health Services*
 - f. *Arthritis, Osteoporosis, & Chronic Back Condition*
 - g. *Cancer*
 - h. *Chronic Kidney Disease*
 - i. *Diabetes*
 - j. *Disability & Secondary Conditions*
 - k. *Educational & Community Based Program*
 - l. *Environmental Health*
 - m. *Family Planning*
 - n. *Food Safety*
 - o. *Health Communication*
 - p. *Heart Disease & Stroke*
 - q. *Hiv*
 - r. *Immunization & Infectious Disease*
 - s. *Injury & Violence Prevention*

- t. Maternal, Infant & Child Health*
- u. Medical Product Safety*
- v. Mental Health & Mental Disorders*
- w. Nutrition & Overweight*
- x. Occupational Safety & Health*
- y. Oral Health*
- z. Physical Activity & Fitness*
- aa. Public Health Infrastructure*
- bb. Respiratory Disease*
- cc. STDs*
- dd. Substance Abuse*
- ee. Tobacco Use*
- ff. Vision & Hearing*

C. Ketentuan

1. Setiap mahasiswa memilih salah satu topic yang berbeda untuk pokok bahasan diatas, yaitu: setengah dari jumlah mahasiswa untuk topic asuhan keperawatan individu dan keluarga sesuai dengan tumbuh kembang dan setengah dari jumlah mahasiswa untuk topic asuhan keperawatan individu dan keluarga rentan atau risiko
2. Mahasiswa membuat asuhan keperawatan keluarga pada kasus non fiktif (kasus nyata), yaitu kasus yang diambil dari sebuah keluarga yang berada di wilayah tempat tinggal mahasiswa atau di wilayah lainnya yang dinilai mahasiswa mampu untuk dilakukan suatu kajian dan asuhan keperawatan keluarga, dengan sistematika penulisan laporan seperti yang tercantum pada aitem sistematika laporan.
3. Asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan mahasiswa akan dipresentasikan di kelas untuk diberikan masukan dari mahasiswa lainnya dan dosen pengampu praktikum keperawatan keluarga.

4. Laporan dapat dikonsulkan kepada dosen pengampu praktikum secara langsung atau melalui email: susanto_unej@yahoo.com maksimal 5 hari sebelum dipresentasikan.
5. Jadwal presentasi terlampir yang akan disesuaikan dengan jadwal dari akademik, sehingga mahasiswa diharapkan berkoordinasi dengan coordinator mata kuliah Ns. Rian Agus Setiawan, S.Kep.

D. Sistematika Laporan

1. Asuhan keperawatan individu dan keluarga sesuai dengan tumbuh kembang
 - a. Bab I: Pendahuluan (latar belakang dan tujuan)
 - b. Bab II: Teori terkait tahap perkembangan yang dipilih dan masalah yang teridentifikasi
 - c. Bab III: Kasus
 - 1) lakukan pengkajian pada satu keluarga dengan tahap perkembangan keluarga yang berbeda sesuai dengan format pengkajian keperawatan keluarga
 - 2) Rumuskan masalah keperawatan/diagnosis keperawatan sesuai dengan kasus pada keluarga tersebut (minimal 3 diagnosis keperawatan)
 - 3) Buat rencana intervensi untuk setiap tujuan yang disusun
 - d. Bab IV: Pembahasan (bandingkan teori dengan kenyataan)
 - e. Bab V: Kesimpulan dan Saran
2. Asuhan keperawatan individu dan keluarga rentan/risiko
 - a. Bab I: Pendahuluan (latar belakang dan tujuan)
 - b. Bab II: Teori terkait masalah yang terjadi di keluarga dan implikasi pada kesehatan keluarga
 - c. Bab III: Kasus
 - 1) lakukan pengkajian pada satu keluarga rentan sesuai dengan format pengkajian keperawatan keluarga
 - 2) Rumuskan masalah keperawatan/diagnosis keperawatan sesuai dengan kasus pada keluarga tersebut (minimal 3 diagnosis keperawatan)

- 3) Buat rencana intervensi untuk setiap tujuan yang disusun
 - d. Bab IV: Pembahasan (bandingkan teori dengan kenyataan)
 - e. Bab V: Kesimpulan dan Saran
3. Ketentuan penulisan

Laporan makalah diketik dengan menggunakan huruf times new roman, font 12, spasi 1,5, ukuran kertas A4, dan batas margin atas 2,5, kanan 4, kiri 2,5, dan bawah 2,5

E. Penilaian Praktikum

- 1. Total nilai praktikum
 - a. Kehadiran 10%
 - b. Makalah 40%
 - c. Presentasi 30%
 - d. Peran serta dalam diskusi 20%
- 2. Format evaluasi makalah

No	Komponen	Bobot	Skor	Nilai	Ket
1	Pendahuluan Latar belakang berisi alasan pemilihan dan kepentingan	15			
2	Isi Sesuai dengan topic dan judul, analisis aplikasi dalam praktik keperawatan	30			
3	Pembahasan menggunakan teori dan konsep yang relevan	25			
4	Kesimpulan dan saran relevan dengan isi dan judul makalah	15			
5	Referensi yang digunakan dan tehnik penulisan	15			
	Jumlah	100			

Evaluator :

Komentar evaluator :

3. Format evaluasi presentasi

No	Komponen	Bobot	Skor	Nilai	Ket
1	Penggunaan waktu presentasi	10			
2	Penggunaan bahasa	5			
3	Penguasaan situasi/lingkungan	5			
4	Respon terhadap pertanyaan dan penguasaan emosi	10			
5	Sistematika dan rasionalitas penyampaian jawaban	20			
6	Penggunaan AVA	10			
7	Penyampaian ide-ide	10			
8	Kemampuan menanggapi secara teoritis/konseptual	20			
9	Kemampuan menyimpulkan	10			
	Jumlah	100			

Evaluator :

Komentar evaluator :

4. Jadwal presentasi

No	Hari/Tanggal/Jam	Materi Presentasi	Nama Mahasiswa	Dosen Pengampu
1				
2				
3				
4				
5				
6	dst			

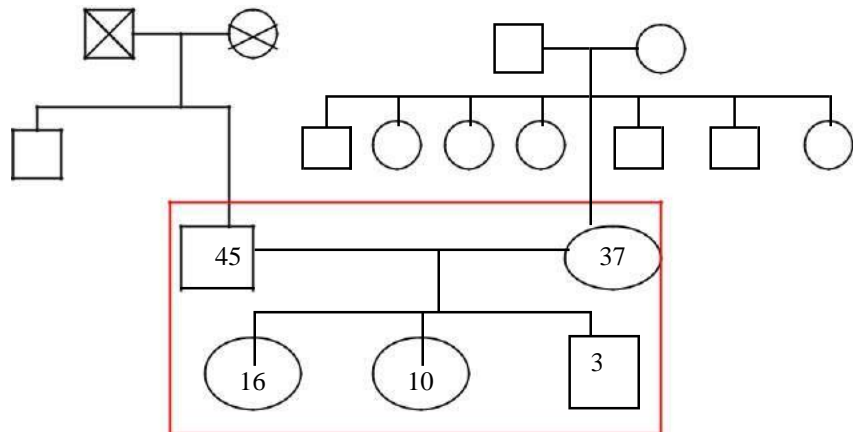
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

I. Data Umum

1. Nama Kepala Keluarga (KK) :
2. Usia :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan :
5. Alamat :
6. Komposisi Anggota Keluarga :

No.	Nama	Jenis Kelamin	Hub dgn KK	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
1.						
2.						
3.						
4.						

Genogram :



Keterangan Genogram :

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>□ : Laki -laki</p> <p>○ : Perempuan</p> <p>⊗ : Meninggal</p> | <p>□ — ○ : garis pernikahan</p> <p>— : garis keturunan</p> <p>—— : tinggal serumah</p> |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

7. Tipe keluarga :
8. Suku bangsa :
9. Agama :
10. Status sosial ekonomi keluarga :
11. Aktivitas rekreasi keluarga

II. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

12. Tahap perkembangan keluarga saat ini :
13. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
14. Riwayat keluarga inti
15. Riwayat keluarga sebelumnya

III. Lingkungan

16. Karakteristik rumah

Denah rumah :

17. Karakteristik tetangga dan komunitas :
18. Mobilitas geografis keluarga
19. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
20. Sistem pendukung keluarga

IV. Struktur Keluarga

21. Pola komunikasi keluarga
22. Struktur kekuatan keluarga
23. Struktur peran keluarga
24. Nilai dan norma budaya

V. Fungsi Keluarga

25. Fungsi afektif
26. Fungsi sosialisasi
27. Fungsi perawatan keluarga

VI. Stress dan Koping Keluarga

28. Stressor jangka pendek
29. Kemampuan keluarga berespons terhadap masalah
30. Strategi koping yang digunakan

31. Strategi adaptasi disfungsional

Sampai saat ini belum ditemukan adaptasi disfungsional.

VII. Pemeriksaan fisik

Terlampir.

VIII. Harapan Keluarga terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga

PEMERIKSAAN FISIK	Nama Masing-masing anggota keluarga
UMUM	
1. Penampilan Umum	
Kesadaran	
Cara berpakaian	
Kebersihan personal	
Postur dan cara berjalan	
Bentuk dan ukuran tubuh	
Tanda-tanda vital	
2. Status mental dan cara berbicara :	
Status emosi	
Orientasi	
Proses berfikir	
Gaya bicara	
PEMERIKASAAN KULIT	
Kuku	
PEMERIKSAAN KEPALA	
Bentuk & sensori	

Rambut	
Mata	
Hidung	
Telinga	
Mulut	
Leher	
Dada (Pernafasan)	
Dada (Cardiovaskuler)	
PERUT	

GENETALIA DAN ANUS	
EKSTREMITAS	
Ektremitas Atas dan bawah	

Kesimpulan hasil pemeriksaan fisik, masing-masing anggota keluarga:

B. Analisa Data

Data	Diagnosa Keperawatan

C. Prioritas Masalah

Diagnosis keperawatan:

Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
Sifat Masalah :			
Kemungkinan masalah dapat diubah			
Potensial masalah dapat dicegah			
Menonjolnya masalah :			
Total			

Dari skoring di atas diagnosa keperawatan pada keluarga X adalah sebagai berikut ;

1.
2.
3.

RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Tujuan	Khusus	Kriteria Evaluasi		Rencana Tindakan
		Umum		Kriteria	Standar	

