

KEPERAWATAN KELUARGA (*FAMILY NURSING*)

Niswa Salamung, S. Kep., Ns., M. Kep
Melinda Restu Pertiwi, S.Kep., Ns., M.Kep.
M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
Siti Riskika, S.Kep., Ns., M.Kep.
Nurul Maurida, S.Kep., Ns., M.Kep.
Suhariyati, S.Kep., Ns., M.Kep
Nessy Anggun Primasari, S.Kep,Ns., M.Kep.
Noviany B. Rasiman, S.Kep, Ns., M.N.S
Dely Maria P, S.Kep., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
Helmi Rumbo, S.Kep., Ns., M.N.S



KEPERAWATAN KELUARGA (*FAMILY NURSING*)

© viii+227; 16x24 cm

September 2021

Penulis : Niswa Salamung, S. Kep., Ns., M. Kep
Melinda Restu Pertiwi, S.Kep., Ns., M.Kep.
M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
Siti Riskika, S.Kep., Ns., M.Kep.
Nurul Maurida, S.Kep., Ns., M.Kep.
Suhariyati, S.Kep., Ns., M.Kep
Nessy Anggun Primasari, S.Kep,Ns., M.Kep.
Noviany B. Rasiman, S.Kep, Ns., M.N.S
Dely Maria P, S.Kep., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
Helmi Rumbo, S.Kep., Ns., M.N.S

Editor : Risnawati

Layout &

Desain Cover : Duta Creative

Duta Media Publishing

Jl. Masjid Nurul Falah Lekoh Barat Bangkes Kadur Pamekasan, Call/WA:
082 333 061 120, E-mail: redaksi.dutamedia@gmail.com

All Rights Reserved.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk
apa pun tanpa ijin tertulis dari penerbit

ISBN: 978-623-5562-05-6

IKAPI: 180/JTI/2017

**Undang-Undang Republik Indonesia
Nomor 19 tahun 2002
Tentang Hak Cipta**

Lingkup Hak Cipta

Pasal 2

1. Hak Cipta merupakan hak eksklusif bagi Pencipta atau Pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak Ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Ketentuan Pidana

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Kata Pengantar

Puji Syukur Penulis Panjatkan Kehadirat Allah SWT Tuhan yang Maha Esa Yang Telah Memberikan Rahmat Serta Karunia-Nya Kepada Penulis Sehingga Penulis Berhasil Menyelesaikan Buku Yang berjudul: **KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING)**

Penulisan Buku ini dilakukan secara berkolaborasi yang ditulis Selama sebulan Lebih Sejak Juli sampai Agustus 2021. Sebagai Perwujudan Tri Dharma Perguruan Tinggi beberapa Dosen dari Berbagai Institusi dengan Latar Belakang Keilmuan Keperawatan.

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan di masyarakat yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, dengan memobilisasi sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber- sumber dari profesi lain, termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sektor lain di komunitas, memberikan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Besar Harapan Penulis Buku ini bisa menjadi Referensi bacaan bagi masyarakat luas dan Buku Pegangan bagi Mahasiswa Keperawatan serta para Peneliti.

Buku Ini Membahas Tentang:

1. KONSEP DASAR KELUARGA
2. KONSEP DASAR KEPERAWATAN KELUARGA
3. KONSEP PELAYANAN KESEHATAN (*PRIMER PRIMARY HEALTH CARE-PHC*)
4. PROSES KEPERAWATAN KELUARGA
5. KONSEP MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA
6. PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA BALITA SAKIT

DAN IBU HAMIL

7. PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANAK REMAJA DAN ANAK SEKOLAH
8. PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA LANSIA
9. TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA
10. TREND DAN ISSUE DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan Buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah Swt Senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin.

Tim Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1	
KONSEP DASAR KELUARGA	1
(Niswa Salamung, S.Kep.,Ns.,M.Kep)	
A. Konsep Keluarga	1
B. Konsep Keluarga Sehat	6
C. Pemberdayaan Keluarga	8
D. Pendidikan Kesehatan pada Keluarga.....	11
BAB 2	
KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA	18
(Melinda Restu Pertiwi, S.Kep., Ns., M.Kep)	
A. Konsep Keperawatan Keluarga	18
B. Perspektif Keperawatan Keluarga	25
C. Model Konseptual Praktik Keperawatan Keluarga.....	27
BAB 3	
KONSEP PELAYANAN KESEHATAN	
(Primary Health Care – PHC)	37
(M. Noor Ifansyah, S.Kep.,Ns., M.Kep)	
A. Definisi Pelayanan Kesehatan Dasar <i>(Primary Health Care)</i>	37
B. Tujuan Pelayanan Kesehatan Dasar <i>(Primary Health Care)</i>	40
C. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Dasar <i>(Primary Health Care)</i>	40
D. Ciri-Ciri dan Prinsip Pelayanan Kesehatan Dasar <i>(Primary Health Care)</i>	49

- E. Tanggung Jawab Perawat dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*) 51
- F. Tantangan dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*) 57

BAB 4

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA..... 63

(Siti Riskika, S. Kep. Ns., M. Kep)

- A. Pengkajian..... 63
- B. Diagnosis 76
- C. Intervensi 79
- D. Implementasi..... 88
- E. Evaluasi 90

BAB 5

KONSEP MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA 95

(Nurul maurida, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

- A. Definisi Manajemen Sumber Daya Keluarga 95
- B. Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga dan Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga.....100

BAB 6

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA BALITA SAKIT DAN IBU HAMIL107

(Suhariyati, S.Kep., Ns., M.Kep)

- A. Konsep Dasar Keluarga dengan Tahap Perkembangan Balita107
- B. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Usia Balita Sakit111
- C. Konsep Dasar Keluarga dengan Ibu Hamil.....116
- D. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Ibu Hamil119

BAB 7	
PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANAK REMAJA DAN ANAK SEKOLAH	129
(Nessy Anggun Primasari, S.Kep,Ns., M.Kep)	
A. Konsep Dasar Keluarga dengan Tahap Perkembangan Anak Remaja	129
B. Konsep Dasar Keluarga dengan Tahap Perkembangan Anak Sekolah	144
BAB 8	
PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA LANSIA	161
(Noviany B. Rasiman, S.Kep, Ns., M.N.S)	
A. Konsep dan Batasan Usia Pada Lanjut Usia	161
B. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia	170
C. Peran Perawat dalam Perawatan Pada Lansia.....	174
BAB 9	
TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA	178
(Dely Maria P, S.Kep., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom)	
A. Terapi Modalitas dan Komplementer	178
B. Pendidikan Kesehatan Keluarga	192
C. Merawat Anggota Keluarga yang Sakit dan Pemberdayaan Keluarga	197
D. Pemberdayaan Keluarga	202
BAB 10	
TREND DAN ISU DALAM KEPERAWATAN KELUARGA	206
(Helmi Rumbo, S.Kep., Ns., M.N.S)	
A. Trend dan Isu dalam Tahapan Perkembangan Keluarga	208
B. Isu Praktik, Pendidikan, Penelitian dan Kebijakan dalam Keperawatan Keluarga	217
PENUTUP	225

READING COPY

Seluruh Hak Dilindungi Oleh Undang-undang
HAK CIPTA MILIK PENULIS, HAK CETAK MILIK PENERBIT

KEPERAWATAN KELUARGA

(FAMILY NURSING)

Niswa Salamung, S. Kep., Ns., M. Kep
Melinda Restu Pertiwi, S.Kep., Ns., M.Kep.
M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
Siti Riskika, S.Kep., Ns., M.Kep.
Nurul Maurida, S.Kep., Ns., M.Kep.
Suhariyati, S.Kep., Ns., M.Kep
Nessy Anggun Primasari, S.Kep,Ns., M.Kep.
Noviany B. Rasiman, S.Kep, Ns., M.N.S
Dely Maria P, S.Kep., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
Helmi Rumbo, S.Kep., Ns., M.N.S

BAB 1

KONSEP DASAR KELUARGA

(Niswa Salamung, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

STIK Indonesia Jaya, Jln. Towua No. 114, telp 082259284100

Email: niswasalamung@gmail.com

A. Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan dua orang tau lebih yang hidup bersama dengan ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga (Friedman & Bowden, 2010).

2. Tipe Keluarga

Tipe keluarga menurut Marilyn M Friedman & Bowden, (2010) terdiri dari 3:

- 1) Keluarga inti (suami-istri) merupakan keluarga dengan ikatan pernikahan terdiri dari suami istri, dan anak-anak, baik dari anak hasil perkawinan, adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga orientasi (keluarga asal) merupakan unit keluarga dimana seseorang dilahirkan
- 3) Keluarga besar merupakan keluarga inti dan orang yang memiliki ikatan darah, dimana yang paling sering adalah anggota dari keluarga orientasi salah satu dari keluarga inti. seperti kakek-nenek, bibi, paman, keponakan, dan sepupu.

Harnilawati, (2013) menyatakan bahwa tipe keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu secara tradisional dan secara modern, sebagai berikut:

- 1) Keluarga secara tradisional, keluarga secara tradisional terdiri dari 2 tipe yaitu:

- a) *Nuclear family* dimana keluarga terdiri dari ayah, ibu dan anak baik dari hasil perkawinan, adopsi atau keduanya.
 - b) *Extended family* dimana keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang memiliki hubungan darah seperti, kakek-nenek, paman, bibi, dan sepupu)
- 2) Keluarga secara modern, dengan semakin berkembangnya peran individu maka menyebabkan rasa individulasme meningkat sehingga dapat dikelompokkan beberapa tipe keluarga selain di atas adalah:
- a) *Tradisional nuclear*, dimana keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang tinggal satu rumah sesuai dengan ikatan hukum dalam perkawinan, salah satu atau keduanya dapat bekerja diluar.
 - b) *Reconstituted nuclear*, dimana dari keluarga inti terbentuk keluarga baru dengan ikatan perkawinan suami atau istri, dan tinggal bersama anak-anak dalam satu rumah, baik anak dari hasil perkawinan lama atau baru, satu atau keduanya bekerja diluar.
 - c) *Middle age/aging couple*, dimana ayah sebagai pencari nafkah, ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga, anak-anak keluar dari rumah karena sekolah/ menikah/berkarir.
 - d) *Dyadic Nuclear*, dimana sepasang suami istri yang tinggal satu rumah dengan usia pernikahan yang sudah lama dan tidak memiliki anak yang salah satu atau keduanya bekerja di rumah.
 - e) *Single parent*, dimana dalam keluarga terdiri dari orang tua tunggal yang disebabkan karena perceraian atau salah satu dari pasangannya meninggal dunia, dan anak-anaknya tinggal dalam satu rumah atau di luar rumah.

- f) *Dual carries*, dimana suami dan istri memiliki pekerjaan di luar rumah dan tidak memiliki anak
- g) *Commuter married*, dimana suami dan istri bekerja di luar rumah dan tidak tinggal dalam satu rumah, namun keduanya dapat ketemu di waktu tertentu.
- h) *Single adult*, dimana laki-laki atau perempuan yang tinggal sendiri tanpa keluarga dan memutuskan untuk tidak menikah.
- i) *Three generation*, dimana dalam rumah terdapat tiga generasi yang tinggal
- j) *Institutional*, dimana anak atau orang dewasa tidak tinggal dalam rumah namun di suatu panti.
- k) *Communal*, dimana dua pasangan atau lebih yang tinggal dalam satu rumah dan pasangan tersebut monogami dengan anaknya dan bersama dalam penyediaan fasilitas
- l) *Gaoup marriage*, dimana dalam satu perumahan terdiri dari keluarga satu keturunan atau satu orang tua yang setiap anak sudah menikah
- m) *Unmarried parent and child*, dimana keluarga yang terdiri dari ibu dan anak, ibu tidak ingin melakukan perkawinan namun memiliki anak adopsi
- n) *Cohibing couple*, dimana dalam keluarga terdiri dari satu atau dua pasangan yang tinggal namun tidak ada ikatan perkawinan
- o) *Gay and lesbian family*, dimana keluarga terdiri dari pasangan yang memiliki jenis kelamin yang sama.

3. Ciri-ciri keluarga

Ciri -ciri keluarga menurut Friedman & Bowden, (2010) sebagai berikut:

- 1) Terorganisasi, dimana anggota keluarga saling berhubungan dan saling ketergantungan.
- 2) Terdapat keterbatasan, dimana anggota keluarga bebas

menjalankan fungsi dan tugasnya namun tepat memiliki keterbatasan.

- 3) Terdapat perbedaan dan kekhususan, setiap anggota keluarga memiliki peranan dan fungsi masing.

4. Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan tentang keluarga bagaimana pelaksanaan fungsi keluarga dalam masyarakat. Struktur keluarga terdiri dari beberapa macam yaitu:

- 1) Patrilinear merupakan keluarga yang terdiri dari sanak saudara dan memiliki hubungan darah yang terdiri beberapa generasi dari garis keturunan ayah
- 2) Matrilinear merupakan keluarga yang terdiri dari sanak saudara dan memiliki hubungan darah yang terdiri beberapa generasi dari garis keturunan ibu
- 3) Matrilokal merupakan keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang tinggal bersama dengan keluarga yang sedarah dengan istri
- 4) Patrilokal merupakan keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang tinggal bersama dengan keluarga yang sedarah dengan suami
- 5) Keluarga kawin merupakan hubungan sepasang suami istri sebagai pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian dari keluarga karena ada hubungan dengan suami atau istri

5. Fungsi Pokok Keluarga

Fungsi pokok keluarga berdasarkan Friedman & Bowden, (2010) secara umum sebagai berikut:

- 1) Fungsi afektif merupakan fungsi utama dalam megajarkan keluarga segala sesuatu dalam mempersiapkan anggota keluarga dapat bersosialisasi dengan orang lain.
- 2) Fungsi sosialisasi merupakan fungsi dalam

mengembangkan dan mengajarkan anak bagaimana berekehidupan sosial sebelum anak meninggalkan rumah dan bersosialisasi dengan orang lain di luar rumah.

- 3) Fungsi reproduksi merupakan fungsi untuk mempertahankan keturunan atau generasi dan dapat menjaga kelangsungan keluarga.
- 4) Fungsi ekonomi merupakan keluarga yang berfungsi dalam memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu sehingga meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarga.
- 5) Fungsi perawatan merupakan fungsi dalam mempertahankan status kesehatan keluarga dan anggota keluarga agar tetap produktif.

6. Tugas Keluarga

Sesuai dengan fungsi kesehatan dalam keluarga, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan. Friedman & Bowden, (2010) membagi tugas keluarga dalam 5 bidang kesehatan yaitu:

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Keluarga mampu mengenali perubahan yang dialami oleh anggota keluarga sehingga secara tidak langsung akan menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka keluarga akan segera menyadari dan mencatat kapan dan seberapa besar perubahan tersebut.

- 2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

Tugas utama keluarga mampu memutuskan dalam menentukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat teratasi. Apabila keluarga memiliki

keterbatasan dalam mengatasi masalah maka keluarga meminta bantuan orang lain disekitarnya.

- 3) Keluarga mampu memberikan keperawatan pada anggota keluarganya yang sakit
Keluarga mampu memberikan pertolongan pertama apabila keluarga memiliki kemampuan dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit atau langsung membawa ke pelayanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan tindakan selanjutnya sehingga masalah terlalu parah.
- 4) Keluarga mampu mempertahankan suasana dirumah
Keluarga mampu mempertahankan suasana di rumah agar dapat memberikan manfaat bagi anggota dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada
Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan apabila ada anggota keluarga yang sakit.

B. Konsep Keluarga Sehat

1. Defenisi keluarga sehat

Keluarga sehat merupakan kondisi keluarga yang sejahtera baik secara fisik, mental, dan sosial sehingga dapat menciptakan keluarga yang utuh dan hidup normal baik secara sosial maupun ekonomi (Notoatmodjo, 2010).

2. Ciri-ciri keluarga sehat

Ciri-ciri keluarga sehat menurut Achjar, (2011) sebagai berikut:

- 1) Sehat fisik dan mental
- 2) Terpenuhiya makanan bergizi dalam keluarga
- 3) Terciptanya lingkungan yang bersih
- 4) Dapat berinteraksi sosial dengan etika dan hukum

3. Indikator keluarga sehat

Keluarga dapat dinyatakan sehat apabila memenuhi indikator keluarga yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI, (2016) tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang terdiri dari 12 indikator utama keluarga sehat sebagai berikut:

- 1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
- 2) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
- 3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
- 4) Bayi mendapat ASI eksklusif
- 5) Balita mendapat pemantauan pertumbuhan
- 6) Penderita TB paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
- 7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
- 8) Penderita gangguan jiwa mendapat pengobatan dan tidak diterlantarkan
- 9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok dalam rumah
- 10) Keluarga menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- 11) Keluarga memiliki akses sarana air bersih
- 12) Keluarga memiliki akses atau menggunakan jamban sehat.

4. Karakteristik keluarga sehat

Keluarga dapat berfungsi secara optimal menurut Beavers dan Hampson dalam Marilyn M Friedman & Bowden, (2010) apabila ditandai dengan:

- 1) Dapat menunjukkan tingkat kemampuan dalam bernegosiasi apabila menghadapi masalah dalam keluarga secara terus menerus.
- 2) Dapat mengungkapkan perasaan, kepercayaan, dan pervedaan dengan jelas, terbuka dan spontan
- 3) Dapat menghargai perasaan anggota keluarga

- 4) Dapat memotivasi otonomi anggota keluarga
- 5) Anggota keluarga mampu bertanggung jawab atas tindakan yang telah dilakukan
- 6) Dapat menunjukkan perilaku afiliatif atau kedekatan dan kehangatan sesama keluarga. Dalam keluarga, orang tua adalah pemimpin yang nyata dan saling memperhatikan. Kepemimpinan tersebut bersifat adil yang berasal dari kedua orang tua (ayah dan ibu). Kedua orang mampu menunjukkan bagaimana cara saling menghargai dan berilaku afiliatif kepada anak-anaknya. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang optimis dan rasa nyaman antara satu dan yang lain.

Menurut McCubbin dan Thompson dalam Marilyn M Friedman & Bowden, (2010), bahwa fungsi keluarga dapat dibentuk dengan cara keluarga mampu beradaptasi dengan lingkungan sosial tempat tinggal mereka, apabila keluarga dapat beradaptasi dengan budaya dan komunitas umum dengan baik maka keluarga dapat dianggap berfungsi dengan baik. Sedangkan menurut Goldenberg (2000), bahwa keluarga berfungsi dengan baik jika keluarga mampu mendorong individu dalam meraih potensi dirinya. Keluarga yang sehat adalah keluarga yang memberikan kebebasan pada anggota keluarga dalam mengeksplorasi dan menemukan jati dirinya, namun pada waktu yang sama keluarga dapat memberikan perlindungan dan keamanan yang dibutuhkan dalam meraih potensi dirinya.

C. Pemberdayaan Keluarga

1. Defenisi Pemberdayaan keluarga

Pemberdayaan keluarga merupakan mekanisme terjadinya perubahan kemampuan dalam keluarga yang berdampak positif dari rencana keperawatan dan tindakan promosi kesehatan serta sesuai dengan budaya dalam keluarga yang

mempengaruhi tindakan pengobatan dan perkembangan keluarga (Azza & Setyowati, 2015).

a. Konsep pemberdayaan keluarga terdiri dari 3 komponen utama yaitu:

- 1) Keluarga mempunyai kekuatan dan mampu membangun kekuatan tersebut.
- 2) kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya bukan karena keluarga tidak mampu untuk melakukannya namun karena dukungan sosial yang tidak memberikan peluang kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan tersebut.
- 3) Upaya pemberdayaan keluarga dapat dilakukan dengan cara menerapkan keterampilan dan meningkatkan kompetensi dalam rangka terjadinya perubahan dalam keluarga (Graves & Shelton, 2007).

b. Tujuan Pemberdayaan keluarga

Tujuan pemberdayaan adalah mampu membuat seseorang menyelesaikan masalahnya sendiri, dengan cara memberikan kepercayaan dan kewenangan sehingga menumbuhkan rasa tanggung jawab. Pemberdayaan dapat dilakukan dengan memberikan dorongan kepada orang agar mampu melakukan peran lebih aktif dan melibatkan dalam pengambilan keputusan atau tanggung jawab untuk menyelesaikan pekerjaannya (Chiu, Wei, Lee, Choovanichvong, & Wong, 2013). Adapun tujuan pemberdayaan keluarga menurut Sunarti, (2008) yaitu:

- 1) Membantu keluarga agar dapat menerima, melewati, dan mempermudah proses perubahan yang akan dilalui oleh keluarga.
- 2) Membangun adaptasi yang tinggi agar mampu menjalani hidup dengan baik tanpa mengalami kesulitan dan hambatan terhadap perubahan.
- 3) Meningkatkan pengetahuan dan kompetensi hidup pada anggota keluarga di masa tahap perkembangan keluarga

dan siklus hidupnya.

- 4) Menggali bakat tersembunyi pada anggota keluarga yang berupa kepribadian keterampilan menejerial dan keterampilan kepemimpinan.
- 5) Membina dan mendampingi selama proses perubahan pada anggota keluarga sampai tahap mandiri dan tahap tujuan yang dapat diterima.

c. Pemberdayaan keluarga sebagai intervensi keperawatan

Pemberdayaan keluarga sebagai intervensi keperawatan yaitu sebagai advokat. Komponen intervensi pemberdayaan keluarga menurut (Graves & Shelton, 2007) adalah sebagai berikut:

- 1) Mendorong keluarga dan anggota keluarga untuk berperan aktif dalam mengatasi masalah dan mendengarkan secara sekasama masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga.
- 2) Mengakui bahwa keluarga adalah mitra atau merupakan anggota tim dalam sistem pelayanan kesehatan
- 3) Memperbaiki dan mengarahkan visi keluarga tentang pilihan dan kemungkinan apa yang ada.
- 4) Mendorong keluarga dalam melatih otonomi dan penentuan diri sehingga mampu memutuskan pilihannya.
- 5) Saling menghargai antara keluarga dan perawat bahwa mereka memiliki spesialisasi masing-masing dalam memelihara kesehatan dan mengatasi masalah kesehatan.
- 6) Mengakui bahwa keluarga dan perawat merupakan sumber kekuatan dan sumber dalam hubungan mereka.
- 7) Mendapatkan kekuatan yang menjadi landasan dalam membina rasa percaya, memberikan advokasi dengan atas nama keluarga klien, sistem pelayanan kesehatan,

dan tingkat kebijakan kesehatan dapat membantu keluarga dalam mengembangkan dukungan sosial yang lebih besar didalam keluarga mereka melalui pengembangan keterampilan, memberi pujian pada keluarga yang melakukan perubahan positif dalam pencapaiannya.

Menurut (Chiu et al., 2013) pemberdayaan keluarga sebagai intervensi keperawatan terdapat 3 komponen sebagai berikut:

- 1) Komponen pertama yaitu Ideologi pemberdayaan, dimana semua orang diyakini memiliki kekuatan dan kemampuan serta kapasitas untuk menjadi lebih kompeten. Pendapat ideologis ini berkaitan dengan komponen kedua.
- 2) Komponen kedua yaitu pengalaman partisipatif, yang merupakan bagian intervensi dari model. Pengalaman partisipatif membangun kekuatan dari pada kelemahan. Contohnya: perawat dan keluarga berkolaborasi dalam menyelesaikan masalah sehingga mencapai tujuan yang diinginkan dengan cara mengumpulkan kebijaksanaan dan pengetahuan kolektif mereka.
- 3) Komponen ketiga yaitu hasil pemberdayaan, dimana hasil pemberdayaan terdiri dari perilaku yang diperkuat dan peningkatan penilaian kontrol, seperti fokus kontrol, konsep diri, dan motivasi intrinsik.

D. Pendidikan Kesehatan pada Keluarga

1. Pendidikan kesehatan pada keluarga

Keluarga sebagai konteks dasar masyarakat dimana anggota keluarga belajar tentang perilaku kesehatan, tujuan utama pendidikan kesehatan telah menjadi bagian dari individu masing-masing secara tradisional. Pada saat melakukan implementasi perawatan keluarga, maka intervensi

keperawatan tentang pendidikan kesehatan dibuat untuk meningkatkan dan menjaga kondisi fisik, sosial, emosional dan kesejahteraan spritual pada unit keluarga dan anggota keluarga Duhamel dalam Potter, Perry & Hall, (2020). Perilaku pendidikan kesehatan perlu ditingkatkan dalam tahap pengembangan keluarga (seperti perawatan prenatal bagi anggota keluarga yang akan melahirkan secara adekuat atau kepatuhan ibu dalam mengikuti imunisasi). Dalam melakukan intervensi keperawatan maka dipastikan bahwa setiap anggota keluarga mencapai tingkat kesejahteraan yang baik (Potter, Perry & Hall, 2020).

Kekuatan keluarga merupakan salah satu pendekatan yang sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan. Seringkali keluarga tidak memperhatikan sistem dalam keluarga mereka sendiri, bahwa mereka sebagai suatu komponen yang tidak bisa terpisahkan dan bersifat positif. Kekuatan keluarga terdiri dari komunikasi secara jelas, kemampuan beradaptasi, perilaku pengasuhan anak dengan sehat, dukungan dan melibatkan seluruh anggota keluarga, menggunakan masa krisis sebagai tahapan pengembangan, berkomitmen sesama anggota keluarga, rasa kesejahteraan dan keterpaduan, dan spritualitas Kim, et al dalam Potter, Perry & Hall, (2020). Membantu keluarga untuk fokus pada kekuatan mereka daripada fokus pada masalah atau kelemahan. Contohnya yaitu, pada pasangan yang telah menikah selama 30 tahun dapat melewati berbagai masa krisis dan perubahan, sehingga nampaknya mereka bisa beradaptasi dengan tantangan- tantangan dalam rumah tangga. Dengan merujuk pada program pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kelengkapan yang dibutuhkan. Contohnya, beberapa orang membuka tempat program aktivitas kebugaran yang terjangkau bagi anak-anak usia sekolah untuk menurunkan resiko obesitas.

a. Tujuan Pendidikan kesehatan dalam keluarga

Tujuan pendidikan kesehatan dalam keluarga adalah untuk mengubah perilaku individu dan masyarakat di bidang kesehatan. Tujuan pokok pendidikan kesehatan dengan tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Azwar dalam Machfoedz & Suryani, (2009) menyatakan bahwa tujuan pendidikan kesehatan terdiri dari 3 macam yaitu:

- 1) Perilaku yang dapat menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Maka dari itu kader kesehatan harus memiliki tanggung jawab dalam penyuluhan dengan cara mengarahkan kepada masyarakat bahwa hidup sehat harus bisa diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.
- 2) Mampu menciptakan perilaku sehat secara mandiri baik bagi dirinya sendiri maupun dalam keluarga atau kelompok. Maka dari itu Pelayanan Kesehatan Dasar (PHC) diarahkan untuk dikelola oleh masyarakat.
- 3) Mendorong berkembangnya dan menggunakan sarana pelayanan kesehatan dengan tepat. Karena kadang masyarakat memanfaatkan sarana kesehatan dengan cara berlebihan, dan sebaliknya masyarakat yang sakit menggunakan fasilitas kesehatan dengan sebagaimana mestinya.

Aspek penting dalam pendidikan kesehatan adalah salah satunya komunikasi. Memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat atau keluarga sangat dipengaruhi oleh teknik komunikasi yang digunakan, sehingga sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh masyarakat atau keluarga. pendidikan kesehatan tidak dilakukan tiba-tiba tanpa persiapan atau perencanaan khusus terlebih dahulu. Perencanaan merupakan langkah awal penentu dalam keberhasilan sebuah program. Perencanaan kesehatan

dengan cara mengidentifikasi aspek perilaku yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan kemudian dilanjutkan dengan pengambilan langkah selanjutnya yang harus ditempuh sebagai bentuk pelaksanaan tindak lanjut dari perencanaan. Setelah melakukan pelaksanaan pendidikan kesehatan yang sesuai dengan perencanaan yang telah disusun, maka pelaksana pendidikan kesehatan perlu melakukan evaluasi. Dengan adanya evaluasi maka dapat menilai tujuan pendidikan kesehatan tercapai atau tidak dan dapat menilai kekurangan dan kelebihan pendidikan kesehatan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat atau keluarga (Machfoedz & Suryani, 2009).

b. Tahap-tahap pendidikan kesehatan

Dalam melakukan pendidikan kesehatan yang perlu diperlu dilakukan dengan cara terstruktur sehingga tujuan dapat tercapai. Berikut tahap pendidikan kesehatan:

- 1) Tahap sensitisasi, yaitu tahap pertama yang berisi pemberian informasi mengenai masalah kesehatan, pengetahuan tentang kesehatan, dan fasilitas kesehatan yang ada. Pada tahap ini belum merujuk pada perubahan perilaku.
- 2) Tahap publisitas, yaitu lanjutan dari tahap pertama dengan berfokus pada publikasi layanan kesehatan.
- 3) Tahap edukasi, yaitu bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap sesuai yang diinginkan, dan menggunakan metode pembelajaran yang sesuai.
- 4) Tahap motivasi, yaitu pada tahap ini diharapkan terjadi perubahan perilaku pada masyarakat dan menerapkan apa yang telah diajarkan (Machfoedz & Suryani, 2009).

REFERENSI

- Achjar, K. A. H. (2011). *Asuhan keperawatan komunitas: teori dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Azza, A., & Setyowati, T. (2015). Pemberdayaan Kesehatan Dan Ekonomi Perempuan Penderita HIV/AIDS Melalui Life Skill Education. *Jurnal Ners*, 10(1), 183–188.<http://dx.doi.org/10.20473/jn.v10i1.2158/> diakses Agustus, 4, 2021
- Chiu, M. Y. L., Wei, G. F. W., Lee, S., Choovanichvong, S., & Wong, F. H. T. (2013). Empowering caregivers: impact analysis of FamilyLink education Programme (FLEP) in Hong Kong, Taipei and Bangkok. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 28–39.<https://doi.org/10.1177%2F0020764011423171/ddia> diakses Agustus, 4, 2021
- Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga*. EGC.
- Graves, K. N., & Shelton, T. L. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family studies*, 16(4), 556–566.<https://doi.org/10.1007/s10826-006-9106-1/> diakses Agustus, 4, 2021
- Harnilawati, S. K. (2013). *Konsep dan proses keperawatan keluarga*. Pustaka As Salam.
- Kemendes RI. (2016). Permenkes RI No. 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, 39.
- Machfoedz, I., & Suryani, E. (2009). Pendidikan bagian dari promosi kesehatan. *Yogyakarta: Fitramaya*.
- Notoatmodjo, S. (2010). Konsep perilaku kesehatan. *Promosi kesehatan, teori dan aplikasi*, 43–64.

- Potter, Perry, S., & Hall, &. (2020). Dasar-dasar keperawatan. In D. D. Enie Novieastari, Kusman Ibrahim, Sri Ramdaniati (Ed.) (9 ed.). Elsevier.
- Sunarti, E. (2008). Program Pemberdayaan dan Konseling Keluarga. *Bogor: Fakultas Ekologi Manusia IPB.*

PROFIL PENULIS

Niswa Salamung

Lahir di Bottopadang Kabupaten Bone, Provinsi Sulawesi Selatan pada tanggal 15 Oktober 1988. Penulis lahir dari pasangan Salamung dan Syamsiah dan merupakan anak kedua dari empat bersaudara. Pada tahun 1993 penulis masuk sekolah di SDInpres 6/86 Bottopadang dan tamat tahun 1999, kemudian melanjutkan sekolah tingkat pertama pada tahun 1999 di SMP Negeri 1 Mandai dan tamat tahun 2002, selanjutnya masuk pada sekolah menengah atas pada tahun 2002 di SMA Negeri 13 Makassar dan tamat tahun 2005. Kemudian melanjutkan sekolah keperguruan tinggi pada tahun 2006 di Universitas Megarezky jurusan keperawatan dan tamat SI pada tahun 2010. Tahun 2011 melanjutkan studi Profesi Ners di Universitas Megarezky dan tamat tahun 2013. Tahun 2017 melanjutkan studi S2 Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Keperawatan Univeristas Airlangga dan tamat tahun 2019. Awal tahun 2013 sampai sekarang bekerja di STIK Indonesia Jaya sebagai dosen tetap di Program Studi Ilmu keperawatan yang aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan memiliki karya ilmiah berupa penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email Penulis: niswasalamung@gmail.com



BAB 2

KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

(Melinda Restu Pertiwi, S.Kep., Ns., M.Kep)

Stikes Intan Martapura; Jln. Samadi No. 01 RT 01 RW 01
Kel. Jawa Martapura, Kab. Banjar Kalsel; telp. 085345729000
Email: mrs.melinda9@gmail.com

A. Konsep Keperawatan Keluarga

1. Definisi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga adalah sebuah pelayanan secara holistik di mana keluarga serta bagian-bagiannya menjadi pusat pelayanan yang tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi hingga evaluasi melibatkan seluruh anggota keluarga di dalamnya (Kholifah & Widagdo, 2016). Keperawatan keluarga merupakan proses asuhan keperawatan yang diberikan dalam kondisi sehat maupun sakit pada seluruh anggota keluarga untuk mencapai kesejahteraan yang lebih tinggi (Friedman et al., 2014). Menurut Potter et al. (2020), keperawatan keluarga ialah pemberian layanan kesehatan dengan membantu anggota keluarga mempertahankan kesehatan yang setinggi-tingginya melewati dari pengalaman sakit yang sebelumnya. Keperawatan keluarga yaitu pemberian layanan kesehatan secara holistik mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi hingga evaluasi terhadap seluruh anggota keluarga untuk meningkatkan kesejahteraan kesehatan semaksimal mungkin.

Keperawatan keluarga memiliki aspek unik karena proses pelayanan diberikan secara keseluruhan anggota keluarga sebagai suatu sistem yang saling mempengaruhi. Keperawatan keluarga dapat diberikan pada semua bentuk keluarga dengan berbagai kondisi kesehatan serta kondisi

lainnya tempat pemberian layanan keperawatan keluarga. Praktik keperawatan keluarga menekankan keluarga yang berorientasi kesehatan mencakup perspektif holistik, sistemik dan interaksional dalam rangka meningkatkan kekuatan keluarga tersebut.

2. Sejarah Keperawatan Keluarga

Seorang Florence Nightingale di Inggris memiliki pemikiran bahwa saat perawatan individu yang sakit, maka keluarga serta lingkungan rumah menjadi bagian yang sangat penting. Di dalam kamp militer terdapat kebutuhan untuk menjaga keluarga untuk terhindar dari kemiskinan, sehingga pencari nafkah diberikan perawatan agar sehat kembali. Perawat kesehatan masyarakat dan petugas lainnya memberikan pelayanan kesehatan di rumah untuk kelompok miskin yang kemudian berkembang pada kelompok penyakit menular selama tahun 1800-an dan awal tahun 1900-an di Amerika Serikat.

Menurut Ford dalam Friedman et al.(2014), keperawatan mengalami spesialisasi dan pelayanan keperawatan yang berorientasi pada keluarga mulai ditinggalkan karena berbagai kebijakan seperti keterbatasan cakupan asuransi, kebijakan rujukan, pembayaran pihak pemerintah maupun swasta dan dana yang kurang untuk pembiayaan yang sifatnya preventif yang membuat fokus keperawatan keluarga menjadi berkurang. Terdapat empat kelompok spesialisasi keperawatan yang fokus terhadap keluarga yaitu pelayanan kesehatan komunitas, keperawatan orang tua-anak, kesehatan jiwa-psikiatri, dan perawatan primer keluarga. Sekitar tahun 1970-an mulai banyak buku yang membahas tentang teori keluarga dan aplikasinya dalam pelayanan kesehatan komunitas yang berfokus pada keluarga.

Faktor-faktor umum tertentu yang meningkatkan

pertumbuhan keperawatan keluarga (Friedman et al., 2014) yaitu:

- a. Pemahaman dalam keperawatan dan masyarakat tentang kebutuhan akan promosi kesehatan yang semakin meningkat sehingga tidak hanya berorientasi pada penyakit saja.
- b. Populasi lansia dan pertumbuhan penyakit kronik dalam komunitas menyebabkan biaya perawatan diri yang meningkat besar serta kebutuhan penyedia akan perawatan keluarga.
- c. Kesadaran yang semakin luas terkait keluarga yang bermasalah dalam sebuah komunitas.
- d. Teori *bonding attachment* dan teori sistem umum serta teori stres dan koping keluarga yang menyebar dan diterima umum.
- e. Terapi pernikahan dan keluarga, pedoman membesarkan anak serta pelayanan dan klinik keluarga.
- f. Penelian keluarga yang semakin berkembang serta penemuan yang bermakna dari penelitian tersebut.

3. Tujuan Keperawatan Keluarga

Menurut Ali (2010), keperawatan keluarga secara umum bertujuan meningkatkan kesadaran, keinginan dan kemampuan keluarga dalam menambah, mencegah, memelihara kesehatan hingga mencapai tahap seoptimal mungkin, sehingga dapat mengerjakan tugas-tugas mereka dengan produktif. Tujuan khusus dari keperawatan keluarga yaitu meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan keluarga dalam hal:

- a. Mengidentifikasi masalah kesehatan yang tengah dihadapi keluarga.
- b. Memutuskan tentang pemecahan masalah yang dihadapi (sebagai contoh, masalah akan diselesaikan

sendiri dengan cara berobat ke pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, atau praktik keperawatan/kedokteran).

- c. Peningkatan mutu kesehatan keluarga.
- d. Pencegahan munculnya penyakit /masalah kesehatan pada keluarga.
- e. Melaksanakan upaya penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatan keluarga melalui asuhan keperawatan di rumah.
- f. Melaksanakan upaya rehabilitasi pasien melalui asuhan keperawatan di rumah.
- g. Membantu tenaga profesional kesehatan/keperawatan dalam penanggulangan penyakit atau masalah kesehatan mereka di rumah, rujukan kesehatan dan rujukan medik.

Tujuan keperawatan keluarga yang dikemukakan Leavell dalam Friedman et al. (2014) menggunakan kerangka yang dibuat sebagai tingkat pencegahan dan berfungsi sebagai dasar praktik kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan komunitas. Tingkat pencegahan yang dimaksud telah mencakup seluruh kondisi sehat dan sakit dan tujuan sesuai dengan tingkatan. Tingkatan pencegahan yang dimaksud yaitu:

- a. Pencegahan primer. Pencegahan ini melibatkan promosi kesehatan dan tindakan pencegahan yang spesifik yang direncanakan untuk menjaga individu terbebas dari penyakit ataupun cedera. Faktor lain yang mengarahkan perhatian pada promosi kesehatan yaitu peningkatan kesadaran tentang pikiran dan tubuh adalah suatu hal yang tidak dapat dipisahkan. Integrasi tubuh dan pikiran dibutuhkan dengan adanya pemulihan dan kesejahteraan. Pencegahan ini juga mempunyai hambatan, yaitu dana untuk mendapatkan

bantuan perawatan secara profesional atau akses ke penyuluhan kesehatan dan kebutuhan untuk konseling. Hambatan selanjutnya ialah banyaknya profesional yang menampilkan contoh buruk bagi pasien, sehingga keluarga yang terlibat tidak cukup mendapat perhatian. Kemudian hambatan lainnya lagi yaitu nilai sistem nilai yang materialistis, permasalahan sosial terkait pelayanan kesehatan, pekerjaan, pendidikan yang tidak adekuat bagi masyarakat.

- b. Pencegahan sekunder. Tingkatan pencegahan ini terdiri dari deteksi dini, diagnosis dan juga terapi. Kunci dari pencegahan sekunder ini melibatkan diagnosis dini dan terapi secepatnya. Apabila penyakit menghalangi penyembuhan, maka pencegahan primer ini bertujuan untuk mengurangi penyakit semakin memburuk atau mencegah kecatatan pasien. Perawat memiliki peran penting yaitu melakukan pengkajian terhadap anggota keluarga agar mendapat pelayanan. Pencegahan ini melibatkan deteksi mengenai patologi atau disfungsi keluarga. Pendidikan kesehatan sering diperlukan untuk meningkatkan pemahaman seluruh anggota keluarga tentang manfaat dari pengkajian tertentu. Rujukan dan tindak lanjut yang seksama menjadi bagian dari pencegahan ini.
- c. Pencegahan tersier. Pencegahan ini mencakup pemulihan dan rehabilitasi, direncanakan untuk meminimalkan kecacatan pasien dan memaksimalkan tingkatan fungsi dirinya. Perawatan untuk pemeliharaan individu yang mengalami sakit kronis menjadi bagian dari rubrik ini. Tujuan klinik perawat dengan keluarga termasuk penyembuhan penderitaan secara emosional, fisik, atau spiritual. Proses belajar menjalani kehidupan dengan kecacatan permanen,

pasien dan keluarga butuh dukungan yang sangat besar dan penyuluhan yang ekstensif tentang perawatan mandiri dan perawatan yang bergantung dengan orang lain. Selain langsung berperan, perawat keluarga yang paling signifikan ialah sebagai penemu kasus, advokat, pendidik dan konselor bagi pasien atau keluarga.

4. Peran Perawat Keluarga

Peran perawat keluarga dijelaskan oleh Gusti(2013) yaitu sebagai berikut.

- a. Pendidik, pendidikan kesehatan perlu diberikan kepada keluarga agar keluarga secara mandiri mampu dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan yang dihadapi.
- b. Koordinator, perawatan berkelanjutan memerlukan koordinator agar tercapainya pelayanan yang komprehensif.
- c. Pelaksana, perawat yang bekerja dengan pasien dan keluarganya, baik di rumah atau di klinik memiliki tanggung jawab dalam memberikan perawatan secara langsung.
- d. Pengawas kesehatan, perawat melakukan kunjungan rumah untuk mengidentifikasi terkait kesehatan keluarga.
- e. Konsultan, perawat berperan sebagai narasumber bagi keluarga saat menghadapi permasalahan kesehatan.
- f. Kolaborasi, perawat bekerja sama dengan tim pelayanan kesehatan lainnya untuk mencapai kesehatan setinggi-tingginya.
- g. Fasilitator, membantu keluarga dalam menghadapi kendala peningkatan derajat kesehatannya.
- h. Penemu kasus, mengidentifikasi masalah secara dini.
- i. Modifikasi lingkungan, perawat harus memodifikasi lingkungan baik di rumah atau masyarakat untuk

mecapai kesehatan lingkungan.

5. Proses Keperawatan Keluarga

Proses keperawatan menggunakan perawatan untuk individu dalam keluarga (keluarga sebagai konteks) atau seluruh keluarga (keluarga sebagai pasien). Untuk melakukan proses asuhan keluarga, perawat dapat menggunakan pendekatan: Kaji semua anggota dalam konteks keluarga secara individual, kaji keluarga sebagai pasien, dan kaji keluarga sebagai sistem (Potter et al., 2020).

Memberikan perawatan dan dukungan secara cukup bagi keluarga merupakan hal utama dalam pengkajian keluarga. Perawat memiliki peran penting dalam membantu keluarga beradaptasi dengan penyakit akut, kronis, dan terminal. Perawat perlu memahami unit keluarga dan makna sakit bagi pasien dan fungsi keluarganya. Selanjutnya perawat perlu mengkaji dampak penyakit pada struktur keluarga dan dukungan yang dibutuhkan oleh keluarga. Perawat juga dapat menggabungkan pengetahuan penyakit dan kaji pasien serta keluarganya dan perilaku yang ditampilkan. Perawat mengkaji bentuk dan keanggotaan keluarga, tempat bercerita jika anggota keluarga tersebut sakit. Perawat menanyakan konsep keluarga, tempat tinggal, struktur keluarga, yang menentukan kekuatan struktur di dalam keluarga itu, serta pola peran dan pembagian tugas dalam keluarga. Perawat juga perlu mengkaji kemampuan beradaptasi terhadap masalah yang sedang dihadapi pasien dan keluarganya, capaian tugas perkembangannya. Selain itu, juga penting mengkaji dukungan ekonomi baik dari anggota keluarga tersebut maupun lingkungan sosialnya (Potter et al., 2020).

6. Hambatan Dalam Keperawatan Keluarga

Praktik keperawatan keluarga memiliki hambatan dalam prosesnya. Hambatan tersebut yaitu:

- a. Keterbatasan sarana dan prasarana dari perawat.
- b. Perawat kebanyakan berorientasi pada individu dan tidak ditujukan kepada seluruh anggota keluarga.
- c. Pendidikan keluarga yang rendah.
- d. Terbatasnya sumber daya keluarga.
- e. Kebiasaan yang telah lama melekat dan dipakai.
- f. Sosial budaya yang tidak mendukung.

B. Perspektif Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga berdasarkan pandangan bahwa semua orang, berapapun usianya, merupakan anggota dari berbagai macam tipe bentuk keluarga. Keperawatan keluarga memiliki beberapa pendekatan menurut Potter et al. (2020), yaitu:

1. Keluarga Sebagai Konteks

Kesehatan dan perkembangan anggota keluarga dalam bertahan terhadap lingkungan tertentu menjadi sebuah fokus pada pendekatan ini. Pengkajian dilakukan terhadap seberapa banyak keluarga dapat memenuhi kebutuhan dasar pasien yang juga anggota keluarganya. Kebutuhan yang dipenuhi bervariasi bergantung pada tingkatan dan situasi perkembangan individu. Perawat juga perlu memperhatikan kemampuan mereka dalam pemenuhan kebutuhan psikologis pasien.

Keluarga dilibatkan oleh perawat dalam berbagai tingkatan. Pada kasus-kasus tertentu, perawat melakukan pengkajian sebagai bagian dari sistem pendukung sosial pasien, namun sedikit saja keterlibatan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien. Kasus yang lain, perawat banyak melibatkan keluarga dalam proses perawatan klien. Pengkajian memperhatikan pengaruh nyata dan sosio emosional keluarga terhadap klien dan dimasukkan dalam rencana terapi pasien. Bidang

spesialisasi lain juga memandang keluarga sebagai lingkungan sosial yang penting bagi pasien dan sumber dukungan sosial utama.

2. Keluarga Sebagai Pasien

Fokus utama asuhan keperawatan bergantung dari perawat memandang keluarga sebagai pasien, proses dan hubungan keluarga seperti pola pengasuhan keluarga. Keluarga menjadi bagian yang terdepan dan anggota keluarga atau pasien berada pada konteks. Pengkajian keperawatan menitikberatkan pada pola dan proses yang menetap dengan pencapaian serta pemeliharaan kesehatan individu. Misalnya pada kasus perawatan keluarga, perawat mengkaji orang yang akan menjadi pengasuh pasien dalam keluarga tersebut, perbedaan peran keduanya, hingga cara berinteraksi dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien. Perencanaan perawatan yang disusun tidak hanya memenuhi kebutuhan pasien, tetapi juga kebutuhan keluarga. Masalah keluarga yang kompleks membutuhkan pendekatan yang lebih luas dan memerlukan rujukan jika memang diperlukan.

Hubungan antara penyakit, anggota keluarga, dan keluarga dalam keperawatan sistem keluarga dikaji menggunakan perspektif ini lalu dimasukkan dalam rencana terapi. Keperawatan sistem keluarga menggunakan pengkajian klinis lanjut dan *skill* intervensi berdasarkan bauran keperawatan, terapi dan teori sistem keluarga. Berdasarkan hal tersebut, ini menunjukkan bahwa praktik keperawatan ini tidak hanya ditujukan pada keseluruhan keluarga, namun juga individu, keluarga hingga sistem yang lebih besar lagi.

3. Keluarga Sebagai Sistem

Keluarga sebagai sebuah sistem menunjukkan bahwa keperawatan akan dilakukan pada semua anggota keluarga

(keluarga sebagai konteks) dan unit keluarga (keluarga sebagai pasien) menggunakan segala sumber daya yang ada di lingkungan, sosial dan psikologis. Keluarga sebagai sistem menggunakan dua perspektif sebelumnya (keluarga sebagai konteks dan keluarga sebagai pasien), namun tetap memperhatikan sumber daya keluarga yang tersedia. Keluarga juga dipandang sebagai subsistem dan sistem yang lebih besar (komunitas), sebagai lembaga dasar di masyarakat seperti pendidikan, kesejahteraan atau agama.

C. Model Konseptual Praktik Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga dalam praktiknya didasari oleh teori dan model yang sangat penting menuntun perawat sebagai pemberi asuhan untuk berpikir interaktif menghadapi masalah keluarga. Hal tersebut disebabkan masalah keperawatan dalam keluarga sangat kompleks sehingga perawat membutuhkan kerangka teoritis dalam menjelaskan, mengidentifikasi, menganalisis hingga menyimpulkan masalah keperawatan dalam keluarga tersebut.

1. Model Lingkungan Nightingale

Florence Nightingale berfokus pada lingkungan dengan istilah *surroundings* dalam tulisannya. Komponen-komponen lingkungan yang disebut *environment* seperti konsep ventilasi, kehangatan, cahaya, diet, kebersihan dan kebisingan dijelaskan dalam karyanya. Florence Nightingale mempercayai bahwa lingkungan yang sehat diperlukan untuk perawatan yang tepat dan pemulihan atau pemeliharaan kesehatan (Alligood, 2017).

Perhatian Nightingale tampak sangat besar terhadap ventilasi yang baik bagi pasien. Perhatiannya yang ditekankan pada ventilasi yang baik dan tepat menunjukkan bahwa ia mengenali bahwa sumber penyakit dan pemulihan ada pada lingkungan. Perawat diperintahkan agar menata

lingkungan dalam mempertahankan ventilasi dan kehangatan pasien melalui pemanasa yang baik, membuka jendela, dan memebrikan pasien posisi di sebuah ruangan secara benar (Alligood, 2017).

Cahaya juga bagian yang penting dalam teori ini. Sinar matahari merupakan kebutuhan bagi pasien yang membantu proses penyembuhan, sehingga pasien perlu terpapar sinar matahari. Perawat diperintahkan memberi pasien posisi yang mengekspos mereka terhadap sinar matahari (Siregar et al., 2020).

Konsep kebersihan juga bagian penting dari teori ini, yang secara khusus ditujukan pada pasien, perawat dan lingkungan fisik. Lingkungan yang kotor merupakan sumber infeksi yang berasal dari kandungan bahan organiknya. Oleh karena itu, perlu penanganan pembuangan limbah tubuh manusia dan pabrik sehingga lingkungan tidak terkontaminasi. Neightingale memberi anjuran pasien dan perawat agar mandi setiap hari, berganti pakaian dan mencuci tangan. Konsep ini bermakna untuk perawatan pasien individu dan peningkatan status kesehatan masyarakat miskin juga sangat penting, yang tinggal dalam situasi lingkungan tidak memadai bahkan akses ke sumber air bersih yang sulit (Alligood, 2017).

Nightingale mengaitkan antara lingkungan dan pasien di dalam teorinya, lalu perawat ke lingkungan dan juga perawat ke pasien. Lingkungan adalah sumber penyebab sakit namun lingkungan juga berperan dalam proses penyembuhannya. Hubungan perawat ke lingkungan terlihat dari peran perawat yang mengelola lingkungan untuk kesembuhan pasien dari komponen ventilasi, cahaya, kebersihan dan ketenangan. Proses keperawatan keluarga yang dihubungkan dengan model konseptual ini memberikan instruksi kepada perawat dalam keluarga,

memperhatikan lingkungan tinggal keluarga yang didasari komponen yang telah diungkapkan Nightingale (Siregar et al., 2020).

2. Teori Pencapaian Tujuan King

Imogene King memaparkan model proses transaksi pada sistem yang saling berpengaruh. Perawat bertujuan membantu pasien mempertahankan kesehatannya agar dapat terus melakukan perannya. Fokus King yaitu interaksi perawat-pasien untuk menentukan tujuan, masalah hingga kekhawatiran individu. Perawat dan pasien menetapkan tujuan secara kolaborasi (Siregar et al., 2020).

King memuat pendekatan keluarga sebagai ruang lingkup yang relevan dalam keluarga yaitu persepsi, interaksi, komunikasi, transaksi, ruang, waktu, tumbuh kembang dan stres. Menurut King keluarga ialah sekelompok kecil individu yang saling terikat, bersama-sama untuk sosialisasi anggota keluarganya dan untuk menurunkan nilai serta perilaku selama kehidupan. Keluarga dilihat sebagai sistem interpersonal dan juga sosial. Sejak tahun 1989, perawat menggunakan model King dalam memberikan proses asuhan keperawatan keluarga. Sistem konseptual yang dinamis yaitu sistem sosial (masyarakat), interpersonal (kelompok), dan personal (individu) (Friedman et al., 2014).

Persepsi, diri pribadi, pertumbuhan dan perkembangan, citra tubuh atau gambaran diri dan waktu merupakan bagian dari sistem personal. Sistem interpersonal atau kelompok ialah interaksi dua orang atau lebih, bahkan termasuk sistem interaksi, komunikasi, transaksi, peran dan stres. Sistem sosial yaitu sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku dan praktik yang dikembangkan untuk mempertahankan nilai serta pengaturan antara yang praktik dan aturan yang telah

dibuat. Proses keperawatan keluarga dalam teori King menjelaskan hubungan timbal balik antara perawat dan pasien, sehingga menimbulkan konsep interaksi. Perawat melakukan pemantauan yang bertujuan menggali informasi baik melalui komunikasi verbal maupun nonverbal, sebagai dasar melakukan asuhan keperawatan keluarga (Siregar et al., 2020).

3. Model Adaptasi Roy

Calista Roy memaparkan individu sebagai makhluk adaptif yang merespon terhadap adanya stimulus. Stimulus mencetuskan respon yang dapat muncul dari lingkungan internal dan eksternal. Adaptasi terdiri dari stimulus fokal (memicu individu dengan segera), kontekstual (stimulus lain yang menambah dampak stimulus fokal), residual (faktor lingkungan yang berdampak tidak jelas pada situasi tertentu. Adaptasi ialah proses dan hasil dari manusia melalui berpikir dan merasa baik di dalam individunya itu ataupun kelompok menggunakan kesadaran serta pilihan, untuk menciptakan hubungan antara manusia dengan lingkungan (Siregar et al., 2020).

Roy menjelaskan bahwa keluarga, individu, kelompok, organisasi sosial, dan komunitas menjadi analisis fokus pada praktik keperawatan. Promosi kesehatan dan bantuan manipulasi lingkungan yang diberikan pada pasien, secara konsisten dengan interaksi lingkungan-keluarga yang ditekankan pada teori ini (Friedman et al., 2014). Mencapai tujuan perawatan yang diharapkan, perawat mengatur semua stimulus yang ada pada seseorang dan menjadikannya stimulus fokal menjadi titik tertinggi. Perawat memiliki peran sebagai fasilitator dalam pengkajian perilaku dari model adaptasi, juga memperhatikan adaptasi faktor yang mempengaruhi adaptasi. Melakukan perencanaan yang dapat

meningkatkan kemampuan individu berinteraksi.

Roy memaparkan juga bahwa manusia ialah sistem yang holistik dan adaptif, yang menunjukkan manusia memiliki fungsi sebagai kesatuan dan mempunyai tujuan masing-masing. Kesehatan menunjukkan adaptasi antara orang dan lingkungan. Hal ini tidak hanya membicarakan terbebas dari sakinya, kematian atau stres, namun juga mekanisme kopingnya dalam menghadapi hal tersebut. Mekanisme koping yang efektif maka penyakit tidak mudah menghampiri individu tersebut. Lingkungan juga dijelaskan dalam teori ini sebagai kondisi dan pengaruh yang memiliki dampak pada perilaku seseorang.

Model adaptasi yang dikembangkan Roy ini menguraikan cara seseorang untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatannya. Mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku inadaptif merupakan salah satu caranya. Perawat diharapkan mampu membuat keluarga dapat mempertahankan perilaku adaptif terhadap kesehatan agar status kesehatannya semakin meningkat (Siregar et al., 2020).

4. Model Sistem Neuman

Model Neuman ialah pendekatan sistem yang dinamis dan terbuka, terlibat dalam pertukaran timbal balik dengan lingkungan. Model ini mempertimbangkan berbagai variabel yang mempengaruhi pasien, yaitu fisiologis, psikologis, sosiokultural, tumbuh kembang, spiritual, struktur dasar dan sumber energi, garis ketahanan, garis pertahanan normal, garis pertahanan fleksibel, stresor, reaksi, pencegahan primer, sekunder dan tersier, faktor intrapersonal, faktor interpersonal, dan rekonstitusi (Alligood, 2017; Friedman et al., 2014).

Keluarga menurut Neuman adalah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang menciptakan atau

mempertahankan budaya umum untuk kesinambungan. Fokus Neuman terletak pada hubungan antar individu anggota keluarga. Anggota keluarga merupakan subsistem. Keluarga di antaranya memiliki tujuan mempertahankan stabilitas dengan menjaga integritas struktur dasar keluarga tersebut. Model ini dapat digunakan dalam melakukan pengkajian asuhan keperawatan keluarga, karena melihat kesehatan keluarga merupakan fungsi holistik (Siregar et al., 2020).

5. Model Perawatan Diri Orem

Model Dorothea Orem ini merupakan asuhan keperawatan yang diperlukan jika seseorang yang dewasa tidak mampu merawat dirinya secara memadai dalam mempertahankan kehidupan, memelihara kesehatan, sembuh dari penyakit yang diderita, atau mengatasi efek dari penyakit atau cedera tersebut. Model ini juga mengakomodasi saat asuhan keperawatan ditujukan untuk pemberi asuhan yang lain. Enam konsep utama Orem yang diketahui yaitu perawatan diri, agensi perawatan diri, kebutuhan keperawatan diri secara terapeutik, defisit perawatan diri, institusi atau sistem perawatan (Alligood, 2017).

Teori keperawatan defisit perawatan diri dalam Alligood(2017) terdiri dari empat teori lain yang berkaitan, yaitu:

- a. Teori perawatan diri, menjelaskan cara seseorang merawat dirinya sendiri.
- b. Teori ketergantungan perawatan, menjelaskan anggota keluarga maupun orang lain memberikan perawatan untuk orang yang ketergantungan secara sosial.
- c. Teori defisit perawatan diri, menjelaskan alasan seseorang dapat dibantu melalui keperawatan.
- d. Teori sistem keperawatan, menjelaskan hubungan yang

seharusnya dijaga untuk menghasilkan keperawatan.

Orem memaparkan bahwa seseorang menerima pelayanan kesehatan atau keperawatan sebagai individu dan anggota unit multi individu (sebuah keluarga). Perawatan diri berhubungan dengan nilai pribadi dan kepercayaan keluarga terhadap kesehatan. Perawatan diri bisa dilakukan saat promosi kesehatan dalam keluarga serta mengenali dan mengevaluasi area yang berpotensi mengalami penurunan kesehatan (Friedman et al., 2014).

6. Model Struktural Fungsional Friedman

Marilyn Friedman mengemukakan model struktural fungsional yang menjelaskan struktur keluarga dalam cara keluarga diatur. Aspek yang menjadi fokus pada konsep ini yaitu struktur peran, sistem nilai, pola komunikasi dan struktur kekuatan. Fungsi keluarga menurut Friedman (Gusti, 2013):

- a. Fungsi afektif
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi
- c. Fungsi reproduksi
- d. Fungsi ekonomi
- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan.

Model Friedman dipilih menjadi panduan proses keperawatan keluarga karena dianggap memfasilitasi analisis interaksi antara anggota keluarga dan keluarga dengan komunitas.

7. Ilmu Tentang Manusia Sebagai Kesatuan Rogers

Martha Rogers melihat manusia sebagai kesatuan energi multidimensional yang terlibat dalam suatu proses mutual berkelanjutan dengan lingkungannya. Kerangka konsep Rogers dikenal sebagai *Science of Unitary Human Being* (Ilmu Tentang Manusia Sebagai Kesatuan). Keperawatan merupakan ilmu humanistik dan

humanitarian, bertujuan menjelaskan tentang manusia di dalam kesatuan yang bersinergi. Keperawatan keluarga merupakan medan energi sistem terbuka yang konsisten dan selalu berubah sebagai respon terhadap interaksi dengan lingkungan. Subsistem keluarga bersifat saling tergantung dan membentuk suatu kesatuan yang berbeda dari kumpulan sub sistem keluarga. Informasi di dalam lingkungan dan bergantung pada derajat batasannya dan keluarga memberi respon secara konstan mempengaruhi keluarga secara terus-menerus. Kerangka Roger banyak digunakan oleh peneliti keperawatan dan menjadi dasar untuk praktik keperawatan keluarga (Friedman et al., 2014).

REFERENSI:

- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Elsevier Ltd.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik* (E. Tiar (ed.); 5th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. CV. Trans Info Media.
- Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., Hall, A. M., Crisp, J., Douglas, C., Rebeiro, G., & Waters, D. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan Volume 1, Edisi Indonesia ke-9*. Elsevier Ltd.
- Siregar, D., Manurung, E. I., Sihombing, R. M., Pakpahan, M., Sitanggang, Y. F., Rumerung, C. L., Arkianti, M. M. Y., Tompunu, M. R. G., Trisnadewi, N. W., Tambunan, E. H., Simbolon, I., Kartika, L., & Triwahyuni, P. (2020). *Keperawatan Keluarga*. Yayasan Kita Menulis.

PROFIL PENULIS

Melinda Restu Pertiwi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lahir di Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan, pada tanggal 4 Mei 1990. Penulis adalah anak pertama dari dua bersaudara. Tempat tinggal saat ini di Kota Banjarbaru Kalimantan Selatan.



Riwayat pendidikan: Penulis bersekolah di SDN Guntung Payung 1, kemudian sekolah menengah pertama SMPN 1 Banjarbaru, selanjutnya sekolah menengah atas di SMAN 1 Martapura. Penulis melanjutkan pendidikan diploma tiga keperawatan di Akademi Keperawatan Intan Martapura tahun 2011. Menempuh pendidikan sarjana keperawatan dan ners di Universitas Lambung Mangkurat dan lulus pada tahun 2016. Tahun 2017 melanjutkan studi dan meraih gelar magister keperawatan pada tahun 2019 di Universitas Airlangga Surabaya. Pengalaman organisasi: Anggota Himpunan Perawat Medikal Bedah Indonesia (Hipmebi) Provinsi Kalimantan Selatan masa bakti 2021-2023.

Riwayat pekerjaan: Penulis bekerja sebagai tenaga kependidikan pada tahun 2011-2017, se usai menjalani pendidikan magister, penulis kemudian diangkat menjadi dosen tetap di Stikes Intan Martapura tahun 2019 sampai sekarang. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan ilmiah seperti seminar dan *workshop* keperawatan sebagai peserta, moderator, dan narasumber.

Email Penulis: mrs.melinda9@gmail.com

BAB 3

KONSEP PELAYANAN KESEHATAN (*Primary Health Care - PHC*)

(M. Noor Ifansyah, S.Kep.,Ns., M.Kep)

Stikes Intan Martapura; 081256880460

Email: Ifans.ners@gmail.com

Dalam rangka mengatasi ketidakmerataan derajat kesehatan dan akses pelayanan kesehatan di dunia, World Health Organization (WHO) dalam Deklarasi Alma Ata tahun 1978 merekomendasikan dua strategi, yaitu agar setiap negara melakukan pendekatan pelayanan primer (*Primary Health Care*) dan menyusun suatu Sistem Kesehatan Nasional. Dalam deklarasi tersebut, *Primary Health Care* (PHC) diterjemahkan sebagai sejumlah “pelayanan kesehatan esensial yang secara ilmiah dapat dipertanggungjawabkan, dapat diterima secara sosial, dapat diakses oleh setiap individu/keluarga, diselenggarakan dengan peran serta masyarakat, secara ekonomis dapat ditanggung oleh masyarakat dan negara, disertai dengan semangat kemandirian (*self reliance and self-determination*).” *Primary Health Care* merupakan tingkat pertama kontak individu, keluarga, dan masyarakat dengan sistem kesehatan nasional sehingga membawa pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan tempat tinggal maupun tempat kerja.

A. Definisi Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

Beberapa definisi terkait pelayanan kesehatan dasar adalah sebagai berikut:

Pelayanan kesehatan primer adalah strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk (Lancaster.J dan Stanhope.M, 1997).

Pelayanan kesehatan dasar merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan merupakan kontak pertama penduduk dengan sistem pelayanan kesehatan, mencakup kegiatan promotif dan preventif, penilaian kesehatan (*assessments*), diagnosis dan pengobatan untuk kondisi akut dan kronis, serta pelayanan rehabilitasi (Ontario Health Services Restructuring Commission, Primary Health Care Strategy (OHSRC), 1999) dalam (Bappenas, 2018).

Pelayanan kesehatan dasar didefinisikan sebagai seperangkat layanan tingkat pertama yang dapat diakses secara universal yang mempromosikan kesehatan, pencegahan penyakit, dan memberikan layanan diagnostik, kuratif, rehabilitatif, suportif, dan paliatif (Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), 2003) dalam (Bappenas, 2018).

Pelayanan kesehatan dasar mengacu pada pendekatan terhadap Kesehatan dan spektrum layanan di luar sistem pelayanan kesehatan tradisional, mencakup semua layanan yang berperan dalam kesehatan, seperti pendapatan, perumahan, pendidikan, dan lingkungan (Health Canada (HC) dalam (Bappenas, 2018).

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 kepada diri sendiri disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan. Amerika tidak mengadopsi PHC sebagai strategi nasional atau sebagai strategi alternatif yang minimal dari tingkat kesehatan masyarakat. Perawat kesehatan masyarakat mempunyai peranan penting dalam menolong orang untuk mempelajari cara merawat diri sendiri dan mau bekerja dengan masyarakat yang lain dalam mengembangkan kapasitas atau infrastruktur yang diperluas untuk menjamin pelayanan kesehatan yang

esensial bagi setiap orang (McMahon Rosemary, 2002) dalam (Bappenas, 2018).

Pelayanan primer berfokus pada pelayanan kesehatan individual, sedangkan pelayanan kesehatan primer berfokus pada perbaikan kesehatan dari seluruh populasi (Perry, Potter. 2009).

Primary Health Care (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). (Safrudin, 2009)

Dengan banyaknya definisi terkait pelayanan kesehatan dasar, definisi yang menjadi acuan global adalah definisi yang dikeluarkan oleh WHO. Berdasarkan definisi tersebut, kata kunci dalam definisi pelayanan kesehatan dasar (primary health care/PHC) adalah:

1. Ilmiah;
2. *Acceptable* secara sosial;
3. *Accessible* (terjangkau);
4. Peran serta masyarakat;
5. *Affordable* secara ekonomis; dan
6. Semangat kemandirian (*self reliance*).

Sejumlah “pelayanan kesehatan esensial” tersebut sering juga disebut “pelayanan dasar (juga disebut *basic health services*) yang terdiri dari beberapa jenis pelayanan kesehatan yang dianggap esensial (sangat penting) untuk menjaga kesehatan seseorang, keluarga dan masyarakat agar hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Esensial berarti kalau pelayanan tersebut disediakan akan memberikan daya ungkit

maksimum meningkatkan derajat kesehatan dan sebaliknya; dan kalau tidak disediakan akan memberikan dampak paling negatif terhadap status kesehatan penduduk.

B. Tujuan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

1. Umum

Mencoba menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.

2. Khusus

- a. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
- b. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani
- 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. (Safrudin, 2009)

C. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

Pelayanan kesehatan dasar terdiri dari banyak komponen yang mencakup:

1. Kombinasi pelayanan kesehatan berkualitas tinggi dan layanan kesehatan lainnya seperti pencegahan penyakit dan pendidikan kesehatan;
2. Layanan disediakan tidak hanya untuk individu, tetapi juga untuk masyarakat secara keseluruhan, termasuk program kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan epidemi, memperbaiki kualitas air atau udara, atau program promosi kesehatan yang dirancang untuk mengurangi

risiko yang berkaitan dengan tembakau, alkohol, dan penyalahgunaan material;

3. Layanan diatur sedemikian sehingga memenuhi kebutuhan dan karakteristik populasi yang dilayani, baik sekelompok orang yang tinggal di wilayah tertentu (pendekatan teritorial) atau sekelompok orang yang termasuk dalam kelompok sosial atau budaya tertentu (pendekatan populasi);
4. Kerja sama tim dan kolaborasi antar-disiplin ilmu diharapkan dari penyedia layanan kesehatan, baik yang bekerja di organisasi pelayanan kesehatan primer atau berpartisipasi dalam jaringan penyedia layanan;
5. Pelayanan tersedia selama 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu;
6. Pengambilan keputusan didesentralisasikan ke organisasi berbasis masyarakat untuk memastikan bahwa layanan disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik populasi yang dilayani dan bahwa masyarakat dapat dimobilisasi untuk mencapai sasaran kesehatan yang secara langsung mempengaruhi komunitas mereka. Tujuan utama pelayanan kesehatan dasar adalah untuk secara signifikan meningkatkan pentingnya pelayanan pertama dan mereka yang memberikan layanan tersebut (Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002) dalam (Bappenas, 2018).

World Health Organization (Technical Brief, 2008) menyatakan bahwa jenis – jenis pelayanan tersebut ditetapkan atas dasar kondisi epidemiologi suatu negara. WHO juga menyarankan bahwa jenis pelayanan tersebut harus sudah terbukti *cost effective*, *affordable*, dan praktis untuk dilaksanakan. Jenis-jenis yang disarankan termasuk sebagai berikut:

1. Pengobatan penyakit-penyakit umum dan cedera;

2. Pelayanan gigi;
3. Penyediaan obat esensial;
4. Laboratorium dasar dan radiologi;
5. Upaya kesehatan sekolah;
6. Vaksinasi: TBC, hepatitis-B, polio, difteri, tetanus, pertusis, dan campak;
7. Antenatal care (ANC);
8. Penimbangan balita dan penanganan kurang gizi;
9. Pengobatan diare pada anak;
10. Pengendalian penyakit menular;
11. Pendidikan kesehatan;
12. Kesehatan lingkungan; dan
13. Keamanan makanan (food safety).

Pelayanan kesehatan dasar dalam perkembangannya, baik di tingkat nasional maupun global, bukanlah suatu konsep yang statis. Penetapan pelayanan kesehatan dasar didasarkan pada kebutuhan pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh dinamika masalah kesehatan (*the dynamic of healthneeds*). Masalah kesehatan berkembang dan berubah mengikuti perubahan epidemiologi kesehatan penduduk. Sementara itu, epidemiologi kesehatan penduduk berubah menurut dinamika interaksi *host-agent-environment*. Dari perspektif *host* (penduduk), terjadi transisi epidemiologi yang dipengaruhi struktur umur penduduk (semakin tua) dan perilaku hidup (*life style*). Dari perspektif *agent*, terjadi perubahan terus menerus penyebab gangguan kesehatan yaitu kuman, virus, parasit, bahan beracun atau berbahaya dan rudapaksa (cedera).Demikian juga, perspektif *environment* juga terus berubah:perubahan iklim (*climatechange*),lingkungan biologis (vector penyakit) dan lingkungan social budaya (ketahanan keluarga,social dan budaya).Oleh sebab itu,pelayanan kesehatan dasar senantiasa perlu di-review untuk menjaga

relevansinya dengan interaksi *host-agent-environment* tersebut di atas.

Namun, Laevel and Clark (1965) menegaskan bahwa apapun perubahan tersebut, pelayanan kesehatan dasar haruslah komprehensif, mulai dari:

1. Pelayanan promotif;
2. Pelayanan preventif;
3. Pelayanan skrining (diagnosis dini dan pengobatan segera);
4. Pengobatan dan perawatan (kuratif); dan
5. Rehabilitatif, yang dilaksanakan secara holistik-eklektik (Kusumanto Setyonegoro, 1968).

Menurut Laevel & Clark, tidak ada satu penyakit pun (gangguan kesehatan) yang tidak memerlukan kelima jenis atau jenjang pelayanan tersebut. Tidak ada fragmentasi dan/atau dikotomi antara kelima jenjang pelayanan tersebut dalam mengatasi masalah kesehatan (Bappenas, 2018).

Di Indonesia, pelayanan kesehatan dasar mengalami perkembangan yang dinamis dari waktu ke waktu. *Pertama* adalah “18 program pokok” yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas. Beberapa di antara program pokok tersebut adalah pelayanan dasar. Kedelapan belas program pokok tersebut adalah sebagai berikut:

1. Program kesehatan ibu dan anak (KIA);
2. Program keluarga berencana (KB);
3. Program gizi;
4. Program pengobatan;
5. Program pemberantasan penyakit;
6. Program kesehatan lingkungan;
7. Program perawatan kesehatan masyarakat;
8. Program usaha kesehatan sekolah (UKS);
9. Program usia lanjut (Usila);
10. Program kesehatan kerja;

11. Program kesehatan gigi dan mulut;
12. Program kesehatan jiwa;
13. Program kesehatan mata;
14. Program penyuluhan kesehatan masyarakat;
15. Program penanganan gawat darurat;
16. Program kesehatan olahraga;
17. Program laboratorium sederhana; dan
18. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP).

Ke-18 pelayanan tersebut dikelompokkan menjadi tiga (3), yaitu:

1. Pelayanan pengobatan;
2. Pelayanan kesehatan masyarakat; dan
3. Sistem informasi untuk menunjang pelayanan.

Kedua, adalah lima jenis pelayanan yang diselenggarakan oleh Puskesmas secara terpadu dalam mendukung kegiatan Posyandu. Lima pelayanan tersebut adalah:

1. KB;
2. KIA (antenatal care, imunisasi tetanus toksoid (TT), pil besi dan nasihat gizi);
3. Imunisasi bayi/balita;
4. Gizi (distribusi kartu menuju sehat (KMS)), penimbangan, pemberian makanan tambahan (PMT) penyuluhan dan PMT pengobatan; dan
5. Pengobatan diare, utamanya pemberian oralit

Ketiga, dalam Permenkes No.75/2014 ditetapkan 23 jenis pelayanan yang dilakukan oleh Puskesmas, terdiri dari enam (6) pelayanan kesehatan masyarakat (PKM) esensial, delapan (8) PKM pengembangan dan sembilan (9) pelayanan kesehatan perorangan (PKP). Tidak semua jenis pelayanan tersebut bersifat esensial dasar.

Tabel 3.1 Rincian Kegiatan PKM dan PKP

Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PKM)		Pelayanan Kesehatan Perorangan (PKP)
PKM Esensial	PKM Pengembangan	
1. Pelayanan promosi kesehatan termasuk UKS	1. Pelayanan kesehatan jiwa	1. Pelayanan pemeriksaan umum
2. Pelayanan kesehatan lingkungan	2. Pelayanan kesehatan masyarakat	2. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut
3. Pelayanan KIA dan KB yang bersifat PKM	3. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer	3. Pelayanan KIA/KB yang bersifat PKP
4. Pelayanan gizi yang bersifat PKM	4. Pelayanan kesehatan olahraga	4. Pelayanan Gawat Darurat
5. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit	5. Pelayanan kesehatan indra	5. Pelayanan gizi yang bersifat PKP
6. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat	6. Pelayanan kesehatan lansia	6. Pelayanan persalinan
	7. Pelayanan kesehatan kerja	7. Pelayanan Rawat Inap (di Puskesmas perawatan)
	8. Pelayanan kesehatan lainnya sesuai kebutuhan	8. Pelayanan kefarmasian
		9. Pelayanan laboratorium

Sumber: Permenkes No.75/2014 tentang Puskesmas

Keempat, dalam UU No.23/2014 tentang Pemerintahan Daerah, ditetapkan bahwa daerah bertanggung jawab melaksanakan sejumlah pelayanan dasar yang disebut Standar Pelayanan Minimal (SPM). Standar Pelayanan Minimal meliputi enam bidang dan untuk bidang kesehatan ada 12

pelayanan yang dimasukkan sebagai SPM kesehatan. Sebelum ditetapkannya Peraturan Pemerintah (PP) No.2/2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, SPM bidang kesehatan tersebut ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan No.43/2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Sebagian besar kegiatan dalam SPM adalah upaya kesehatan masyarakat yang dilaksanakan diluar gedung dan memerlukan keterlibatan aparat kecamatan dan desa, serta keterlibatan masyarakat.

Tabel 3.2 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

No.	Jenis Layanan Dasar	Mutu Layanan Dasar	Penerima Layanan Dasar	Standar
1.	Pelayanan kesehatan ibu hamil	Sesuai standar pelayanan antenatal	Ibu hamil	Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC standar
2.	Pelayanan kesehatan ibu bersalin	Sesuai standar pelayanan persalinan	Ibu bersalin	Setiap ibu bersalin mendapatkan pertolongan persalinan sesuai standar
3.	Pelayanan kesehatan bayi baru lahir	Sesuai standar pelayanan bayi baru lahir	Bayi baru lahir	Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan sesuai standar
4.	Pelayanan kesehatan balita	Sesuai standar pelayanan kesehatan balita	Anak balita	Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

5.	Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	Sesuai standar skrining kesehatan usia pendidikan dasar	Anak usia pendidikan dasar	Setiap anak usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar
6.	Pelayanan kesehatan pada usia produktif	Sesuai standar skrining kesehatan usia produktif	Warga Negara Indonesia usia 15 - 59 tahun	Setiap WNI usia 15 - 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar
7.	Pelayanan kesehatan pada usia lanjut	Sesuai standar skrining kesehatan usia lanjut	WNI usia 60 tahun keatas	Setiap WNI usia 60 tahun keatas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar
8.	Pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi	Sesuai standar pelayanan penderita hipertensi	Penderita hipertensi	Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
9.	Pelayanan kesehatan pada penderita diabetes mellitus	Sesuai standar pelayanan penderita diabetes mellitus	Penderita diabetes mellitus	Setiap penderita diabetes mellitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
10.	Pelayanan kesehatan orang dengan	Sesuai standar pelayanan TB	Penderita ODGJ (Orang Dengan	Setiap ODGJ mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

	gangguan jiwa		Gangguan Jiwa) berat	
11.	Pelayanan kesehatan orang dengan TB	Sesuai standar pelayanan TB	Penderita TB	Setiap penderita TB mendapat yankes sesuai standar
12.	Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV	Sesuai standar mendapatkan pemeriksaan HIV	Orang beresiko terinfeksi HIV	Setiap orang beresiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar

Sumber: PP No.2/2018 tentang Standar Pelayanan Minimal

Kelima, dalam rangka menerapkan paradigma pendekatan keluarga, Kemenkes menetapkan kebijakan Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga (PISPK). Bentuk pelaksanaan program ini adalah kunjungan rumah oleh staf Puskesmas dan melakukan pencatatan tentang beberapa masalah kesehatan penting yang terdiri dari 12 indikator sebagai berikut:

1. PUS dalam rumah tangga tersebut sudah menjadi akseptor KB;
2. Persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan;
3. Balita sudah mendapat imunisasi lengkap;
4. Bayi diberikan ASI eksklusif;
5. Anak balita ditimbang untuk pemantauan gizi dan pertumbuhannya;
6. Penderita TBC diobati;
7. Penderita hipertensi diobati;

8. Penderita gangguan jiwa dipelihara oleh keluarga tersebut;
9. Tidak ada anggota keluarga yang merokok;
10. Mempunyai akses terhadap air bersih;
11. Memiliki jamban; dan
12. Menjadi peserta JKN.

Dengan melaksanakan PISPK, Puskesmas mendapat peta masalah kesehatan di tingkat keluarga. Informasi ini berguna bagi Puskesmas untuk perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

D. Ciri-Ciri dan Prinsip Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

Ciri – ciri pelayanan kesehatan dasar, yaitu:

1. pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
2. Pelayanan yang menyeluruh
3. Pelayanan yang terorganisasi
4. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat
5. Pelayanan yang berkesinambungan
6. Pelayanan yang progresif
7. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
8. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja

Pada tahun 1978, dalam konferensi Alma Ata ditetapkan prinsip-prinsip PHC sebagai pendekatan atau strategi global guna mencapai kesehatan bagi semua. Lima prinsip PHC sebagai berikut :

1. Pemerataan upaya kesehatan

Distribusi perawatan kesehatan menurut prinsip ini yaituperawatan primer dan layanan lainnya untuk memenuhi masalah kesehatan utama dalam masyarakat

harus diberikan sama bagi semua individu tanpa memandang jenis kelamin, usia, kasta, warna, lokasi perkotaan atau pedesaan dan kelas sosial.

2. Penekanan pada upaya preventif
Upaya preventif adalah upaya kesehatan yang meliputi segala usaha, pekerjaan dan kegiatan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dengan peran serta individu agar berperilaku sehat serta mencegah berjangkitnya penyakit.
3. Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan
Teknologi medis harus disediakan yang dapat diakses, terjangkau, layak dan diterima budaya masyarakat (misalnya penggunaan kulkas untuk vaksin *cold storage*).
4. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian
Peran serta atau partisipasi masyarakat untuk membuat penggunaan maksimal dari lokal, nasional dan sumber daya yang tersedia lainnya. Partisipasi masyarakat adalah proses di mana individu dan keluarga bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan orang-orang di sekitar mereka dan mengembangkan kapasitas untuk berkontribusi dalam pembangunan masyarakat. Partisipasi bisa dalam bidang identifikasi kebutuhan atau selama pelaksanaan. Masyarakat perlu berpartisipasi di desa, lingkungan, kabupaten atau tingkat pemerintah daerah. Partisipasi lebih mudah di tingkat lingkungan atau desa karena masalah heterogenitas yang minim.
5. Kerjasama lintas sektoral dalam membangun kesehatan
Pengakuan bahwa kesehatan tidak dapat diperbaiki oleh intervensi hanya dalam sektor kesehatan formal; sektor lain yang sama pentingnya dalam mempromosikan kesehatan dan kemandirian masyarakat. Sektor-sektor ini mencakup, sekurang-kurangnya: pertanian (misalnya keamanan makanan), pendidikan, komunikasi (misalnya

menyangkut masalah kesehatan yang berlaku dan metode pencegahan dan pengontrolan mereka); perumahan; pekerjaan umum (misalnya menjamin pasokan yang cukup dari air bersih dan sanitasi dasar); pembangunan perdesaan; industri; organisasi masyarakat (pemerintah daerah, organisasi-organisasi sukarela, dll).

E. Tanggung Jawab Perawat dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan professional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologi, psikologi, social dan spiritual secara komprehensif, ditujukan kepada individu keluarga dan masyarakat baik sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia.

Asuhan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik maupun mental, keterbatasan pengetahuan serta kurang kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan ini dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan utama (*Primary Health Care*) untuk memungkinkan setiap orang mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif. Kegiatan ini dilakukan sesuai dengan wewenang, tanggung jawab serta etika profesi keperawatan.

Sebagai suatu profesi, keperawatan memiliki falsafah yang bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Pertama, Keperawatan menganut pandangan yang holistik terhadap manusia yaitu keutuhan sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual. Kedua, kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistic dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi

perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia. Ketiga, keperawatan bersifat universal dalam arti tidak membedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran politik dan status ekonomi sosial. Keempat, keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan serta yang kelima, keperawatan menganggap klien sebagai partne aktif dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan klien dalam pemberian asuhan keperawatan.

Peran utama dari perawat kesehatan masyarakat atau dalam *Primary Health Care* adalah memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit atau yang mempunyai masalah kesehatan/keperawatan apakah itu dirumah, sekolah, panti, dan sebagainya sesuai kebutuhan (Depkes, 2006).

Dalam melaksanakan perawatan, perawat idealnya memiliki 12 peran dan fungsi. Peran tersebut antara lain pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, sebagai pendidik/penyuluhan kesehatan, koordinator pelayanan kesehatan, konselor keperawatan, panutan (*role model*), pemodifikasi lingkungan, konsultan, advokadt, pengelola, peneliti dan pembaharu (*inovator*). Namun karena mayoritas tingkat pendidikan perawat D3, dari seluruh peran dan fungsi yang harus dilakukan oleh perawat hanya 6 saja yang menjadi prioritas (Depkes, 2006). Keenam fungsi tersebut adalah:

1. Pemberi asuhan keperawatan (*care provider*)

Peran perawat pelaksana (*care provider*) bertugas untuk memberikan pelayanan berupa asuhan keperawatan secara langsung kepada klien (individu, keluarga, maupun komunitas) sesuai dengan kewenangannya. Asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan

menggunakan proses keperawatan, sehingga masalah yang muncul dapat ditentukan diagnosis keperawatannya, perencanaannya, dan dilakukan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan yang dialaminya, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Asuhan keperawatan yang diberikan melalui hal yang sederhana sampai dengan masalah yang kompleks (Mubarak & Chayatin, 2009).

Peran sebagai *care provider* menuntut perawat untuk memberi kenyamanan dan rasa aman bagi klien, melindungi hak dan kewajiban klien agar tetap terlaksana dengan seimbang, memfasilitasi klien dengan anggota tim kesehatan lainnya, dan berusaha mengembalikan kesehatan klien. Peran perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, masyarakat berupa asuhan keperawatan masyarakat yang utuh (*holistik*) serta berkesinambungan (*komprensif*). Keperawatan yang diberikan kepada klien/keluarga bisa diberikan secara langsung (*direct care*) maupun secara tidak langsung (*indirect care*) pada berbagai tatanan kesehatan yaitu meliputi di Puskesmas, ruang rawat inap Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, sekolah, panti, posyandu, keluarga (rumah pasien/klien) (Depkes, 2006).

2. Peran sebagai penemu kasus

Perawat dalam *Primary Health Care* berperan dalam mendeteksi serta dalam menemukan kasus serta melakukan penelusuran terjadinya penyakit. Penemu kasus dapat dilakukan dengan jalan mencari langsung ke masyarakat (*active case finding*) dan dapat pula didapat tidak langsung yaitu pada kunjungan pasien ke Puskesmas (*passive case finding*).

3. Peran sebagai pendidik kesehatan

Peran sebagai pendidik kesehatan (*educator*) menuntut perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik setting dirumah, di Puskesmas, serta dimasyarakat secara terorganisir dalam rangka menanamkan perilaku sehat, sehingga terjadi perubahan perilaku seperti yang diharapkan dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Mubarak & Chayatin, 2009).

Perawat berperan sebagai pendidik kesehatan harus mampu mengkaji kebutuhan klien yaitu individu, keluarga, kelompok masyarakat, pemulihan kesehatan dari suatu penyakit menyusun program penyuluhan/pendidik kesehatan baik sehat maupun sakit, seperti nutrisi, latihan olah raga, manajemen stres, penyakit dan pengelolaan penyakit; memberikan informasi tepat untuk kesehatan dan gaya hidup antara lain informasi yang tepat tentang penyakit, pengobatan; serta menolong klien menyeleksi informasi kesehatan yang bersumber dari buku-buku, koran, televisi atau teman. (Depkes, 2006).

4. Peran sebagai koordinator dan kolabolorator

Peran koordinator perawat dilakukan dengan mengkoordinir seluruh kegiatan upaya pelayanan kesehatan masyarakat dan Puskesmas dalam mencapai tujuan kesehatan melalui kerjasama dengan tim kesehatan lainnya, sehingga tercipta keterpaduan dalam sistem pelayanan kesehatan.

Perawat melakukan koordinasi terhadap semua pelayanan kesehatan yang diterima keluarga diberbagai program, dan bekerjasama (kolaborasi) dengan tenaga kesehatan lain atau keluarga dalam perencanaan pelayanan kesehatan serta sebagai penghubung dengan institusi

pelayanan kesehatan dan sektor terkait lainnya (Depkes, 2006). Peran ini salah satu bentuk kerjasama antar bidang kesehatan di Puskesmas atau pelayanan kesehatan dasar.

5. Peran sebagai konselor

Perawat sebagai konselor melakukan konseling keperawatan sebagai usaha memecahkan masalah secara efektif. Sebagai konselor, perawat menjelaskan kepada klien konsep dan data-data tentang kesehatan, mendemonstrasikan prosedur seperti aktivitas perawatan diri, menilai apakah klien memahami hal-hal yang dijelaskan dan mengevaluasi kemajuan dalam pembelajaran. Perawat menggunakan metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan klien, serta melibatkan sumber-sumber yang lain, misalnya keluarga dalam pengajaran yang direncanakannya (Pery & Potter, 2009).

Pemberian konseling dapat dilakukan di klinik, Puskesmas, Puskesmas pembantu, rumah klien, posyandu, dan tatanan pelayanan kesehatan lainnya dengan melibatkan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Kegiatan yang dapat dilakukan perawat Puskesmas antara lain menyediakan informasi, mendengar secara objektif, memberi dukungan, memberi asuhan dan meyakinkan klien, menolong klien mengidentifikasi masalah dan faktor-faktor terkait, memandu klien menggali permasalahan, dan memilih pemecahan masalah yang dikerjakan (Depkes, 2006).

6. Peran sebagai panutan (*role model*)

Perawat harus dapat memberikan contoh yang baik dalam bidang kesehatan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat tentang bagaimana cara hidup yang sehat yang dapat ditiru dan dicontoh oleh masyarakat (Fetaria, 2005).

Perawat Puskesmas sebagai role model diharapkan berperilaku hidup yang sehat, baik dalam tingkat pencegahan yang pertama, kedua, maupun pencegahan ketiga yang dalam kehidupan sehari-hari dapat menjadi contoh masyarakat. Kegiatan yang dapat dilakukan perawat antara lain memberi contoh praktik menjaga tubuh yang sehat baik fisik maupun mental makanan bergizi, menjaga berat badan, olah raga secara teratur, tidak merokok, menyediakan waktu untuk istirahat setiap hari, komunikasi efektif, dll (Depkes, 2006).

Dalam menjalankan perannya, perawat akan melakukan berbagai fungsi yaitu:

- 1) Fungsi *Independen* adalah fungsi dimana perawat melakukan perannya secara mandiri, tidak bergantung pada orang lain, atau tim kesehatan lain. Perawat harus dapat memberikan bantuan terhadap adanya penyimpangan atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, baik bio-psiko-sosio-kultural, maupun sepiritual, mulai dari tingkat individu yang utuh mencangkup seluruh siklus kehidupan, sampai pada tingkat masyarakat yang mencerminkan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pada tingkat sistem organ fungsional sampai molekuler. Kegiatan ini dilakukan dengan diprakarsai oleh perawat dan perawat bertanggung jawab serta bertanggung gugat atas rencana keputusan tindakannya.
- 2) Fungsi *Dependen* yaitu kegiatan yang dilakukan dan dilaksanakan oleh seorang perawat atas instruksi dari tim kesehatan lainnya (dokter, ahli gizi, radiologi dan lainnya).
- 3) Fungsi *Interdependen*, fungsi ini berupa kerja tim yang sifatnya saling ketergantungan baik dalam keperawatan maupun kesehatan. Pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan meliputi

promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan menggunakan proses keperawatan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Pelayanan tersebut juga harus didasarkan dengan:

- 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.

F. Tantangan dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Dasar (Primary Health Care)

Penyelenggaraan layanan kesehatan primer di era JKN dan BPJS juga menghadapi sejumlah tantangan strategis, diantaranya:

1. Kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia (SDM)
Kualitas dan kuantitas SDM yang mumpuni sangat dibutuhkan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan primer yang diharapkan mampu menjadi ujung tombak penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer, menyelesaikan 80% permasalahan kesehatan di wilayah kerjanya, melaksanakan upaya promotif dan preventif sekaligus mencegah defisit anggaran. Keterbatasan dalam aspek ini membutuhkan berbagai upaya akselerasi serta kebijakan yang tepat dalam hal pengelolaan SDM.
2. Akses, jangkauan, dan disparitas
Begitu luasnya wilayah Indonesia dengan disparitas yang sangat beragam karena kondisi geografis dan iklim

menjadi tantangan tersendiri dalam penyelenggaraan layanan kesehatan primer. Setiap wilayah di Indonesia memiliki kekhasan masing-masing, sehingga diperlukan pola pendekatan khusus yang sesuai dengan situasi dan kondisi wilayah masing-masing.

3. Sarana prasarana dan alat kesehatan

Keterbatasan pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan yang mendukung penyelenggaraan layanan seringkali terjadi akibat kurangnya pemahaman dan perencanaan daerah dalam menterjemahkan pola pelayanan kesehatan, sehingga dibutuhkan upgrade pemahaman serta pembenahan pada aspek perencanaan.

4. Fokus pelayanan primer pada upaya kuratif

Saat ini, pemahaman pelaksana maupun stakeholder dalam penyelenggaraan layanan primer masih terbatas pada pelayanan kuratif, sehingga hal tersebut mengakibatkan terbatasnya pembiayaan serta kegiatan yang berbasis UKM. Oleh sebab itu, diperlukan upaya untuk mencapai kesepahaman antara pelaksana maupun stakeholder agar penyelenggaraan layanan primer juga mengedepankan pengarus-utamaan UKM yang meliputi upaya promotif dan preventif.

Berbagai tantangan di atas perlu diatasi dengan menyusun strategi penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai berikut:

1. Peningkatan Akses

Upaya yang harus dilakukan yaitu penguatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), meliputi pemenuhan SDM di FKTP sebagai pelaku awal pada layanan kesehatan

tingkat pertama yang harus mampu melakukan penapisan rujukan tingkat pertama ke tingkat kedua, serta melakukan kendali mutu dan kendali biaya sesuai dengan standar kompetensinya masing-masing. Selain itu, pemenuhan SDM yang harus diutamakan juga adalah tenaga kesehatan masyarakat yang kompeten dalam menyelenggarakan UKM berbasis promotif dan preventif. Aspek selanjutnya yang harus dipenuhi yaitu sarana dan prasarana, pelayanan gugus pulau karena Indonesia merupakan negara kepulauan, tim pelayanan kesehatan bergerak, serta regulasi yang relevan.

2. Peningkatan Mutu

Upaya untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan primer dapat dilakukan melalui penguatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Oleh karena itu, sangat diperlukan kerjasama yang baik dengan Dinas Kesehatan serta advokasi yang strategis kepada Pemerintah Daerah agar kebijakan dan perilaku sadar mutu dapat diterapkan. Selain itu, FKTP juga harus terus mengembangkan inovasi pelayanan yang lebih bermanfaat bagi masyarakat.

3. Penguatan Sistem Rujukan

Upaya yang perlu dilakukan adalah peningkatan kapasitas sistem rujukan yang meliputi peningkatan kapasitas sumber daya di FKTP dan penyusunan standar pelayanan kesehatan berupa pedoman nasional pelayanan kesehatan disertai dengan panduan praktis atau petunjuk teknisnya. Selain itu juga dibutuhkan regionalisasi sistem rujukan.

Pada akhirnya, layanan kesehatan primer di era JKN dan BPJS saat ini akan berjalan optimal jika semua elemen berpartisipasi melakukan gerakan bersama masyarakat hingga pemerintah melalui tata kelola yang transparan dan penerapan *good governance* yang kemudian terus dipantau dan dievaluasi,

sehingga perbaikan kualitas layanan dapat terus dilakukan secara berkelanjutan (Atik, 2021).

REFERENSI

- Atik Qurrota A'Yunin Al-Isyofi. (2021). Kajian Layanan Kesehatan Primer di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. <https://jagopreventif.com/kajian-layanan-kesehatan-primer-di-era-jaminan-kesehatan-nasional-jkn-dan-badan-penyelenggara-jaminan-sosial-bpjs-kesehatan/>
- DEPKES RI. (2006). Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta
- Fetaria. (2005). Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Peran dan Fungsi Perawat pada Puskesmas Terpencil dan Tidak Terpencil di Kawasan Tengah Indonesia. Depok: Tesis FKM-UI
- Kementerian PPN/Bappenas. (2018). Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat
- Leavell, H.R dan Clark, E.G. (1965). Preventive Medicine for Doctor in his Community. New York: McGraw-Hill Book Company
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Permenkes No.75/2014 tentang Puskesmas
- Potter & Perry. (2009). Fundamental Keperawatan, Edisi 7 Buku 1. Jakarta: Salemba Medika.
- PP No.2/2018 tentang Standar Pelayanan Minimal
- Safrudin, dkk. (2009). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Trans Info Media: Jakarta
- Stanhope dan Lancaster. (1997). Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals. Mosby Inc. Saint Louis. Terjemahan Syam M 1997, Program Pengalaman Keperawatan Edisi 1, Jakarta.

PROFIL PENULIS

M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep

Lahir di Martapura Kalimantan Selatan pada tanggal 17 November 1991. Anak pertama dari dua bersaudara (M. Subahan) dari pasangan H. Fauziansyah Bin M. Saleh (Alm) dan Hj. Rusmidah (Almh) Binti H. M. Ramli (Alm). Mempunyai seorang istri (Fatmaliani) dan seorang putra (Muhammad Zein Naufal). Riwayat pendidikan: Lulus Diploma Tiga



Keperawatan di Akademi Keperawatan Intan Martapura tahun 2012, Strata Satu (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) Banjarmasin tahun 2016, Strata Dua (S2) Program Studi Magister Keperawatan Peminatan keperawatan Komunitas di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya (UNAIR) tahun 2019. Penulis aktif dalam bidang organisasi kepemudaan dan kemasyarakatan diantaranya organisasi Palang Merah Indonesia Kabupaten Banjar dan Pengurus DPD KNPI Kabupaten Banjar 2021-2023. Bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan (STIKES INTAN) Martapura sejak Tahun 2012-2018 sebagai Klinikal Instruktur Laboratorium Keperawatan Akademi Keperawatan Intan Martapura/Stikes Intan Martapura dan sebagai Dosen tetap dari Tahun 2019 sampai sekarang.

Email: ifans.ners@gmail.com

BAB 4

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA

(Siti Riskika, S. Kep. Ns., M. Kep)

Universitas Bondowoso
e-mail: sitiriskika77@gmail.com

Pemberian pelayanan dalam asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan di ranah masyarakat. Asuhan keperawatan keluarga diberikan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yang mana kita ketahui bersama bahwa pendekatan dalam proses keperawatan dilakukan melalui proses pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, penetapan intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan terakhir adalah evaluasi keperawatan. Asuhan keperawatan keluarga adalah proses dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dalam keluarga dalam lingkup keperawatan dan dalam kondisi sehat ataupun sakit. Berikut tahapan dalam melakukan upaya pelayanan kesehatan dalam keluarga dengan pendekatan proses keperawatan:

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan (Rohmah & Walid, 2010). Pengkajian keperawatan keluarga adalah tahapan awal yang dilakukan oleh perawat dalam menggali informasi tentang anggota keluarga yang diasuhnya berkaitan dengan kondisi kesehatan anggota keluarga tersebut (Riasmini et al., 2017). Pengkajian adalah tindakan berupa mengumpulkan data yang berkaitan dengan kondisi klien ataupun keluarganya untuk digunakan oleh perawat sebagai acuan dalam melakukan proses keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan, baik pada individu, keluarga, kelompok, dan

masyarakat. Pengkajian keperawatan dapat dilakukan dengan langkah-langkah berupa metode/cara observasi, wawancara dan pemeriksaan pada anggota keluarga (Maglaya, 2009).

Asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan oleh perawat pada individu dalam keluarga dengan melibatkan keluarga dalam peran serta aktif dalam keluarga. Hal-hal yang dilakukan antara lain (Riasmini et al., 2017):

1. Melakukan upaya penemuan kasus yang kontak erat dalam serumah
2. Melakukan penyuluhan dan pendidikan kesehatan untuk individu dan keluarganya
3. Melakukan pemantauan keteraturan dalam berobat sesuai dengan program pengobatan yang diberikan
4. Melakukan kunjungan rumah sesuai rencana
5. Memberikan pelayanan keperawatan secara langsung dan tidak langsung

Kegiatan yang dilakukan dalam melakukan pengkajian adalah mengumpulkan data dari klien (Rohmah & Walid, 2010). Pengkajian dalam keperawatan keluarga adalah mengumpulkan data baik dari klien dalam keluarga maupun anggota keluarga lain yang ada dalam keluarga tersebut. Pengumpulan data yang dilakukan oleh perawat dapat dikategorikan sebagai berikut (Rohmah & Walid, 2010):

1. Macam-macam data apabila ditinjau dari kesenjangan dalam memperoleh data tersebut terbagi menjadi:
 - a. Data dasar
Data dasar adalah semua informasi yang data secara umum yang ada pada klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, dan seluruh data hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat kepada klien. Contoh: usia 17 tahun, nadi 80x/menit dan sebagainya.
 - b. Data fokus

Data fokus adalah informasi yang berkaitan dengan kondisi klien yang menyimpang dari kondisi normal yang semestinya. Data fokus dapat juga berupa keluhan-keluhan yang disampaikan klien pada perawat terkait dengan kondisinya ataupun berasal dari hasil pemeriksaan dan observasi perawat pada klien. Misalnya nadi 125x/menit, tekanan darah 200/120 mmHg, klien mengatakan nyeri pada ulu hati dan sebagainya.

2. Macam-macam data apabila ditinjau dari bagaimana perawat mendapatkan data tersebut terbagi menjadi:

a. Data subyektif

Data subyektif adalah data yang merupakan semua hal yang diucapkan atau diungkapkan oleh klien yang berkaitan dengan kondisi yang dirasakannya. Contoh data subyektif: Klien mengatakan pusing sejak tadi pagi, klien mengeluh mual sejak kemarin sore, dan semua hal yang diungkapkan oleh klien ataupun orang lain yang mengetahui keadaan klien, misalnya anggota keluarga yang berkaitan dengan kondisi kesehatan klien.

b. Data obyektif

Data obyektif adalah data yang didapatkan oleh perawat melalui hasil observasi atau pemeriksaan yang dilakukan kepada klien secara langsung. Data obyektif yang didapatkan harus valid, dapat diukur dengan benar dan dapat diobservasi oleh perawat itu sendiri atau perawat yang lain, dan bukan merupakan hasil kesimpulan yang dibuat oleh perawat tanpa melakukan pemeriksaan secara detail pada klien. Contoh data obyektif: Sklera merah, pipi lebam, terdapat luka pada are lengan dengan diameter 5cm

akibat gigitan hewan dan hal-hal lain yang dapat dilihat dan diobservasi.

3. Macam-macam data apabila ditinjau dari sumber data tersebut diperoleh terbagi menjadi:

a. Sumber data primer

Sumber data primer adalah klien sendiri secara langsung, hal-hal yang bersumber dari klien dinamakan data primer. Data primer bisa dibantu dengan melakukan validasi dari perawat pada anggota keluarganya jika misalnya kliennya adalah lansia yang sulit untuk berbicara atau tidak bisa berbicara, klien anak-anak, dan bayi.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah semua informasi yang berasal bukan dari klien. Antara lain dari keluarga, teman, saudara, ataupun informasi dari tenaga kesehatan lain yang mengetahui kondisi klien, selain itu hasil pemeriksaan misal berupa foto rontgen, hasil laboratorium juga termasuk ke dalam data sekunder klien.

Pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat dapat dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut (Rohmah & Walid, 2010):

1. Anamnesa

Anamnesa adalah melakukan tanya jawab dengan klien ataupun dengan keluarganya. Teknik dalam melakukan anamnesa ada 2 yaitu:

a. *Auto anamnesa* adalah melakukan tanya jawab atau wawancara secara langsung antara perawat dengan klien tentang bagaimana kondisi kesehatan klien.

b. *Allo anamnesa* adalah melakukan tanya jawab atau wawancara pada keluarga, teman atau saudara klien

yang mengetahui kondisi dan keadaan kesehatan klien.

Teknik dalam melakukan anamnesa tidak lepas dengan menggunakan teknik komunikasi, oleh karena itu perawat harus dapat berkomunikasi dengan baik pada klien ataupun pada keluarganya karena dapat mempengaruhi proses lancar atau tidaknya proses dalam melakukan anamnesa. Melakukan anamnesa pada klien dan keluarganya juga tidak lepas dengan memberikan perhatian bagaimana tingkah laku verbal maupun nonverbal klien dan keluarganya. Hal ini dapat mendukung perawat akan mendapatkan data yang adekuat dan akurat dalam melakukan pengkajian menggunakan teknik anamnesa. Oleh karena itu, penting sekali setiap perawat memiliki kemampuan komunikasi yang memadai dan dapat dimengerti dengan mudah oleh klien dan keluarganya (Rohmah & Walid, 2010).

Pengkajian dengan menggunakan metode wawancara yang dilakukan oleh perawat pada klien ataupun keluarganya dapat dilakukan dengan menggunakan teknik komunikasi dan hubungan yang terapeutik. Berikut teknik dalam melakukan wawancara dengan klien menurut (Bickley & Szilagy, 2008) antara lain:

- a. Menjadi pendengar yang aktif
- b. Membuat pertanyaan yang membimbing
- c. Ada komunikasi nonverbal
- d. Memberi respon empatik
- e. Melakukan validasi
- f. Menenangkan hati klien
- g. Menjalin kemitraan
- h. Membuat ringkasan
- i. Menekankan adanya transisi
- j. Memberdayakan klien dan juga keluarganya

Setiap pengkajian yang dilakukan oleh perawat yang sudah menggunakan teknik yang terapeutik belum tidak akan terlepas dari kesulitan-kesulitan yang mungkin dihadapi oleh perawat, karenanya pengkajian yang dilakukan oleh perawat merupakan hal yang tidak mudah. Perawat dapat saja menemukan hambatan dalam melakukan anamnesa baik pada klien secara langsung maupun secara tidak langsung pada keluarganya, berikut hal-hal yang mungkin akan ditemui oleh perawat sebagai hambatan dalam melakukan anamnesa (Rohmah & Walid, 2010):

- a. Gagal dalam membangun hubungan yang saling percaya baik dengan klien secara langsung atau beserta dengan keluarganya.
 - b. Perawat tidak dapat melakukan anamnesa dengan tepat
 - c. Perawat tidak dapat melakukan pemeriksaan fisik dengan benar
 - d. Perawat tidak mampu mengumpulkan data dengan tepat
 - e. Data yang dihimpun tidak lengkap
 - f. Data yang dihimpun tidak akurat
 - g. Data yang dihimpun ada yang bertolak belakang dengan data yang lain
 - h. Terdapat data yang sama atau ada duplikasi data
2. Pemeriksaan

Pemeriksaan dalam hal ini yang dapat dilakukan menurut (Bickley & Szilagyi, 2008) adalah:

- a. Pemeriksaan fisik

Perawat dalam melakukan pemeriksaan pada klien ataupun pada keluarganya menggunakan 4 teknik berikut:

- 1) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat dengan melihat kondisi klien secara klinis maupun kondisi dalam keluarganya ataupun tanda-

tanda fisik yang ada pada diri klien. Misalnya sclera klien merah, kulit klien kuning secara keseluruhan dan lain sebagainya.

2) Palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan teknik meraba area yang akan dilakukan pemeriksaan. Misalnya akral klien hangat, akral dingin, teraba massa pada area lengan kanan bagian atas dan lain sebagainya.

3) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan teknik mengetuk area yang diperiksa. Misalnya mengetahui batas jantung dengan bunyi pekak yang dihasilkan dan lain sebagainya.

4) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan teknik mendengarkan bunyi dengan bantuan stetoskop pada area yang akan diperiksa. Misalnya mendengarkan bunyi jantung klien, bunyi jantung I dan II tunggal, tidak ada bunyi tambahan pada jantung, mendengarkan bunyi bising usu misalnya 6x/ menit dan lain sebagainya.

b. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan jika ada indikasi yang mengharuskan klien atau anggota keluarganya untuk melakukan pemeriksaan penunjang misalnya pemeriksaan laboratorium, rekam medic jantung dan foto rontgen atau lain-lain sesuai indikasi yang disarankan.

Pengkajian keperawatan keluarga dilakukan oleh perawat untuk menghimpun data dalam keluarganya terkait dengan individu dalam keluarga ataupun anggota keluarga

secara keseluruhan (Friedman, Bowden, & Jones, 2014). Pengkajian yang dilakukan oleh perawat pada keluarga bisa menggunakan teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan. Menurut Riasmini et al (2017) pengkajian keperawatan dalam keluarga terdiri dari kategori pertanyaan-pertanyaan untuk keluarga dan anggotanya yang meliputi:

1. Data umum/Identitas keluarga

Data umum yang perlu dikaji meliputi nama kepala keluarga, alamat lengkap, identitas agama, latar belakang suku dan budaya, status kelas sosial, komposisi keluarga, tipe keluarga, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.

2. Data kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga

Data kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga yang perlu dikaji adalah nama seluruh anggota keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, penggunaan alat bantu/protesa dan status kesehatan keluarga saat ini yang meliputi bagaimana kondisi umumnya dalam kondisi sedang sehat atau sedang sakit, dan riwayat penyakit atau alergi yang dialami oleh anggota keluarga.

3. Data kesehatan lingkungan

Data yang dikaji dan dihimpun dalam pengkajian lingkungan adalah bagaimana karakteristik rumah, tipe rumah, lantai, ventilasi di dalam rumah, saluran limbah, sumber air bersih, tempat pembuangan sampah, dan kepemilikan jamban.

4. Data struktur keluarga

Data yang dihimpun dalam data struktur keluarga meliputi bagaimana pola komunikasi di dalam keluarga, peran dalam keluarga serta nilai atau norma yang dianut dalam keluarga

5. Data riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Data yang dikaji meliputi tahap perkembangan keluarga saat ini yang dapat dinilai dengan melihat anak pertama dalam keluarga tersebut, dan bagaimana tugas dalam tahap perkembangan keluarga tersebut apakah dapat dijalankan atau tidak

6. Data fungsi keluarga

Data fungsi keluarga yang dikumpulkan meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan. Berikut penjelasan mengenai fungsi-fungsi dalam keluarga (Friedman et al., 2014):

a. Fungsi afektif

Fungsi ini merupakan fungsi paling mendasar dan utama dalam keluarga, dalam hal ini apakah masing-masing anggota keluarga saling memberikan cinta, kasih sayang dan pengertian satu sama lain, serta kepedulian terhadap kebutuhan sosio emosional masing-masing anggota keluarga.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi ini menjabarkan tentang bagaimana keluarga mengajarkan anggotanya untuk saling bersosialisasi dalam masyarakat, penanaman nilai, tanggung jawab dan kedisiplinan terhadap anggota keluarga.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi ini menjelaskan tentang bagaimana keluarga menjamin kontinuitas antar generasi dalam masyarakat, hal yang perlu dikaji adalah berapa jumlah anak, mengikuti program keluarga berencana atau tidak, memiliki masalah dengan reproduksi atau tidak.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan hal yang penting juga untuk dikaji yang meliputi bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, pekerjaan, penghasilan dan pengeluaran dalam keluarga.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Pada fungsi perawatan kesehatan, hal yang perlu dikumpulkan adalah bagaimana keyakinan keluarga dan upaya keluarga terhadap kesehatan. Pengkajian fungsi perawatan kesehatan juga mencakup pada tugas kesehatan keluarga menurut Friedman et al. (2014) yang meliputi:

1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Data yang dikumpulkan adalah apakah keluarga mengetahui penyakit yang sedang diderita oleh anggota keluarganya, penyebab, tanda gejala penyakit, dan upaya apa yang akan dilakukan oleh keluarga pada anggota keluarganya yang sakit.

2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat

Data yang dikumpulkan adalah bagaimana keluarga membuat keputusan jika ada anggota keluarganya yang sakit, apakah dibawa ke pelayanan kesehatan, pengobatan alternatif, dukun, atau tidak ditangani, dan siapa yang mengambil keputusan untuk tindakan tersebut.

3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Data yang perlu dihimpun adalah apakah keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang sakit, apakah mengerti tentang diet untuk anggota keluarganya, bagaimana

tanggung jawab keluarga saat ada anggota keluarganya yang sakit, dan hal-hal yang berkaitan dengan pemberian perawatan anggota keluarga yang mengalami sakit.

4) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat

Data yang perlu dikumpulkan adalah bagaimana keluarga dapat mengatur kondisi rumah tetap keadaan nyaman, sehat bagi anggota keluarga yang lain, menunjang kesehatan anggota keluarga, alat-alat dan perabotan di dalam rumah, menjaga kebersihan rumah, dan bagaimana keharmonisan masing-masing anggota keluarga dalam menciptakan lingkungan psikologis yang nyaman bagi anggota keluarga terutama yang sedang mengalami sakit.

5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Data yang perlu dikumpulkan antara lain apakah keluarga sudah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di sekitarnya dan yang mudah dijangkau, misalnya Ponkesdes, Posyandu, Puskesmas pembantu dan lain sebagainya, bagaimana sumber pembiayaan yang digunakan oleh keluarga dalam upaya perawatan kesehatan, dan memiliki jaminan kesehatan atau tidak.

7. Data koping keluarga

Komponen yang juga dikumpulkan dalam pengkajian keluarga adalah data tentang koping keluarga yang meliputi apakah ada stresor yang dihadapi oleh keluarga yang berkaitan dengan masalah dalam keluarga misalnya masalah ekonomi, sosial dan lain sebagainya, serta apakah

keluarga dapat menghadapi stresor tersebut dengan koping yang adaptif atau maladaptif.

Perawat dalam melakukan pengkajian data-data dalam keluarga, juga melakukan pengkajian tingkat kemandirian dalam keluarga. Adapun tingkat kemandirian keluarga dapat dilihat dari tujuh kriteria berikut ini (Friedman et al., 2014):

1. Kriteria 1: Keluarga menerima perawat
2. Kriteria 2: Keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga
3. Kriteria 3: Keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
4. Kriteria 4: Keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran
5. Kriteria 5: Keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran
6. Kriteria 6: Keluarga melakukan tindakan pencegahan secara aktif
7. Kriteria 7: Keluarga melakukan tindakan promotif secara aktif

Interpretasi dalam penilaian tingkat kemandirian keluarga adalah sebagai berikut: Kemandirian tingkat I apabila memenuhi kriteria 1 dan 2; Kemandirian tingkat II apabila keluarga memenuhi kriteria 1 sampai dengan 5; Kemandirian tingkat III apabila keluarga memenuhi kriteria 1 sampai dengan 6; Kemandirian tingkat IV apabila keluarga memenuhi kriteria 1 sampai dengan 7.

Setelah perawat melakukan pengkajian pada keluarga, maka langkah selanjutnya adalah melakukan analisis data yang dikategorikan/dikelompokkan sesuai dengan masalah yang didapatkan oleh perawat. Berikut contoh analisis data yang disajikan dalam tabel yang terdiri dari tiga kolom, yang meliputi tanda gejala, kemungkinan penyebab/etiologi, dan

masalah keperawatan, data dikelompokkan berdasarkan data subyektif dan data obyektif. Contoh analisis data:

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. NM mengatakan menderita tekanan darah tinggi sejak 2 minggu yang lalu - Ny. NM dan keluarganya mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, penyebab, tanda gejala dan bagaimana diet untuk penyakit tekanan darah tinggi - Ny. NM mengatakan jika makanan seperti biasa, tidak ada diet untuk penyakit tekanan darah tinggi - Ny. NM mengatakan nyeri kepala seperti ditimpa benda keras, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5, nyeri hilang jika tidak dibawa aktivitas berat. - Ny. NM mengatakan jika malam sulit tidur <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: TD: 180/100 mmHg N : 96x/menit RR: 24x/menit S : 36,5°C 	Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	Nyeri akut (D.0077)

	<ul style="list-style-type: none"> - Ny. NM terus memegangi kepalanya - Ny. NM mengkonsumsi obat amlodipine 5mg, 2x sehari - Mata bengkak dan merah 		
--	--	--	--

Pada tabel analisis data, data dikelompokkan sesuai dengan pengelompokan diagnosis. Pada etiologi adalah diambil salah satu dari lima tugas kesehatan keluarga, dan pada kolom masalah dituliskan diagnosis yang sesuai berdasarkan data yang telah didapatkan oleh perawat. Analisis data adalah tahap akhir dalam proses pengkajian, selanjutnya adalah tahap menuliskan diagnosis keperawatan.

B. Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian terhadap kondisi klinis mengenai respon seseorang terhadap kondisi kesehatannya/proses dalam kehidupannya atau hal rentan terhadap respon tersebut baik individu, keluarga, atau komunitas (NANDA, 2018). Diagnosis keperawatan adalah penilaian yang dilakukan secara klinis tentang respon klien terhadap masalah kesehatan ataupun pada proses kehidupannya baik itu dalam kondisi yang potensial ataupun aktual (PPNI, 2016a). Diagnosis keperawatan adalah upaya penilaian kondisi klinis tentang klien terkait dengan responnya terhadap kondisi kesehatan dan proses kehidupan yang sedang dijalaninya. Diagnosis keperawatan keluarga adalah menilai respon keluarga dengan masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya baik yang secara aktual maupun potensial.

1. Jenis diagnosis keperawatan (PPNI, 2016a)

Jenis diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua bagian yaitu:

a. Diagnosis positif

Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien saat ini sedang berada dalam keadaan sehat dan dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih optimal dan diagnosis ini juga dapat disebut dengan diagnosis promosi kesehatan.

b. Diagnosis negatif

Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien saat ini sedang berada dalam kondisi kurang sehat/sakit ataupun sedang berisiko untuk mengalami sakit, sehingga dalam menegakkan diagnosis negatif ini penetapan intervensinya akan mengarah pada proses penyembuhan, pemulihan dan pencegahan terhadap kondisi sakit yang sedang dialami oleh klien. Diagnosis negatif terdiri dari:

1) Diagnosis aktual

Pada diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatannya saat ini yang menyebabkan klien sakit atau mengalami masalah kesehatan, dapat ditemukan gejala mayor dan gejala minor pada klien.

2) Diagnosis risiko

Pada diagnosis risiko ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatannya saat ini yang dapat mengakibatkan klien dapat berisiko mengalami dan terjadi masalah kesehatan, dalam diagnosis risiko tidak ditemukan tanda mayor dan tanda minor, akan tetapi ditemukan faktor risiko bahwa klien tersebut mengalami masalah kesehatan.

2. Komponen diagnosis keperawatan (PPNI, 2016a)
 - a. Masalah (*problem*)/Label diagnostik
Masalah merupakan tanda/label diagnosis keperawatan yang digunakan untuk menggambarkan inti dari respon kondisi yang sedang dialami klien pada kondisi kesehatan ataupun proses kehidupannya.
 - b. Indikator diagnostik
Indikator diagnostik dalam menegakkan diagnosis keperawatan yang dimaksud disini adalah terdiri dari penyebab (*etiology*), tanda (*sign*), dan gejala (*symptom*) dan faktor risiko yang merupakan keadaan yang dapat menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan.
3. Perumusan diagnosis keperawatan (PPNI, 2016a)
Merumuskan dan menuliskan diagnosis keperawatan harus disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan apa yang diangkat oleh perawat. Terdapat dua metode dalam menuliskan dan merumuskan diagnosis keperawatan:
 - a. Penulisan tiga bagian (*three part*)
Metode dalam menuliskan diagnosis ini adalah terdiri dari masalah, penyebab dan tanda gejala.

Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda/Gejala

Contoh penulisan diagnosis *three part*:

Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik yang dibuktikan dengan klien mengeluh sakit kepala seperti tertimpa benda keras, skala nyeri 6, nadi 120x/menit, mata bengkak **(D.0077)**.

Contoh penulisan diagnosis keperawatan keluarga berdasarkan analisis data di atas:

Nyeri akut pada Ny. NM di keluarga Tn. MA yang berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang dibuktikan dengan

Ny. NM mengatakan menderita tekanan darah tinggi sejak 2 minggu yang lalu, Ny. NM dan keluarganya mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, penyebab, tanda gejala dan bagaimana diet untuk penyakit tekanan darah tinggi, TD: 180/100 mmHg dst **(D.0077)**.

b. Penulisan dua bagian (*two part*)

Metode dalam menuliskan diagnosis ini apabila diagnosis yang diangkat oleh perawat adalah diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan.

1) Diagnosis risiko

Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko

Contoh penulisan:

Risiko defisit nutrisi yang dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan **(D.0032)**.

2) Diagnosis promosi kesehatan

Masalah dibuktikan dengan Tanda Gejala

Contoh penulisan:

Kesiapan peningkatan pengetahuan yang dibuktikan dengan meningkatkan minat dalam belajar **(D.0113)**.

C. Intervensi

Setelah perawat melakukan pengkajian dan menetapkan diagnosis keperawatan, maka langkah selanjutnya adalah merumuskan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala macam tindakan (*treatment*) yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis oleh perawat untuk mencapai luaran (*outcome*) yang sesuai harapan (PPNI, 2016b). Intervensi keperawatan keluarga adalah upaya

penyusunan strategi tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah kesehatan pada klien dan keterlibatan keluarga serta tim kesehatan yang lainnya (Riasmini et al., 2017). Penyusunan perencanaan keperawatan keluarga mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan. Tahapan pada penyusunan intervensi keluarga sebagai berikut (Riasmini et al., 2017):

1. Menetapkan prioritas masalah keperawatan/diagnosis keperawatan

Menentukan prioritas diagnosis keperawatan dalam keluarga menggunakan teori dari Maglaya (2009) dapat dilihat pada tabel berikut ini:

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah: Skala: Wellness Aktual Risiko Potensial	 3 3 2 1	 1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: Mudah Sebagian Tidak dapat	 2 1 0	 2
3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala: Tinggi Cukup Rendah	 3 2 1	 1
4.	Menonjolnya masalah Skala: Segera Tidak perlu	 2 1	 1

	Tidak dirasakan	0	
--	-----------------	---	--

Cara mengerjakan skoring:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan nilai tertinggi pada kriteria tersebut dan dikalikan

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- c. Jumlahkan skor yang didapatkan dari masing-masing kriteria

Contoh penentuan scoring pada masalah keperawatan keluarga sesuai masalah pada analisis data dan diagnosis keperawatan berikut:

“Nyeri akut pada Ny. NM di keluarga Tn. MA yang berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang dibuktikan dengan Ny. NM mengatakan menderita tekanan darah tinggi sejak 2 minggu yang lalu”

No	Kriteria	Skor	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah: Skala: Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah nyeri akut yang dialami oleh Ny.NM sedang terjadi saat ini, dibuktikan dengan Ny. NM mengatakan nyeri kepala seperti ditimpa benda keras dst
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Ny. NM merasa bahwa makanan yang dikonsumsi tidak sesuai dengan larangan untuk makanan klien dengan tekanan darah tinggi, akan tetapi Ny. NM ingin cepat sembuh dan nyerinya segera hilang
3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala: Cukup	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah telah terjadi pada Ny. NM akan tetapi keinginan Ny. NM untuk mencegah makanan-makanan pantangan untuk menurunkan tekanan darah tinggi sedang-sedang saja
4.	Menonjolnya masalah Skala: Tidak perlu	1	1	$1/2 \times 1 = 1/2$	Keluarga mengatakan bahwa nyeri kepala yang dirasakan oleh Ny. NM adalah hal biasa dan tidak terlalu dianggap sebagai masalah
Total				3 1/6	

Berdasarkan hasil penghitungan di atas, maka skor yang didapatkan adalah $3 \frac{1}{6}$. Skoring seperti di atas dilakukan untuk masing-masing diagnosis keperawatan keluarga, kemudian urutan diagnosis keperawatan sesuai dengan hasil skor tertinggi yang didapatkan.

2. Menentukan tujuan

Setelah perawat menetapkan skoring dalam diagnosis keperawatan keluarga, selanjutnya adalah menentukan luaran keperawatan. Luaran keperawatan adalah aspek-aspek yang dapat dinilai, diukur dan diobservasi yang mencakup kondisi klien, perilaku, atau dari persepsi klien, keluarga, atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan yang diberikan oleh perawat (PPNI, 2016c).

Luaran keperawatan terdapat beberapa jenis (PPNI, 2016c) yaitu:

a. Luaran positif

Luaran positif adalah menunjukkan kondisi klien, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga dalam menetapkan luaran keperawatan akan mengarahkan pada pemberian intervensi yang bersifat dan bertujuan untuk memperbaiki atau meningkatkan. Contoh: Bersihan jalan nafas, keseimbangan cairan, integritas kulit dan jaringan.

b. Luaran negatif

Luaran negatif adalah menunjukkan kondisi klien, perilaku atau persepsi yang tidak sehat tentang klien, sehingga dalam menetapkan intervensi keperawatan akan bertujuan untuk menurunkan kondisi klien. Contoh: Tingkat nyeri, tingkat ansietas, tingkat kelelahan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat tujuan dalam keperawatan keluarga adalah sebagai berikut (Riasmini et al., 2017):

- a. Tujuan yang ditetapkan harus berorientasi pada keluarga, perawat mengarahkan keluarga untuk mencapai hasil yang diharapkan.
 - b. Kriteria hasil yang ditetapkan harus sesuai dan dapat diukur serta dapat dicapai oleh keluarga.
 - c. Tujuan yang dibuat menggambarkan beebagai alternatif dalam upaya memecahkan masalah yang dapat dipilih oleh keluarga.
 - d. Tujuan yang ditetapkan harus spesifik dan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang diangkat oleh perawat dan faktor-faktor yang berhubungan dengan diagnosis keperawatan.
 - e. Tujuan yang ditetapkan harus menunjukkan kemampuan keluarga dalam pemecahan masalah keperawatan, oleh karenanya dalam menyusun tujuan perawat harus bersama-sama dengan keluarga.
3. Menentukan intervensi keperawatan keluarga

Intervensi keperawatan adalah segala macam tindakan (*treatment*) yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis oleh perawat untuk mencapai luaran (*outcome*) yang sesuai harapan (PPNI, 2016b). Intervensi keperawatan keluarga adalah upaya penyusunan strategi tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah kesehatan pada klien dan keterlibatan keluarga serta tim kesehatan yang lainnya (Riasmini et al., 2017).

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) menggunakan sistem yang sama dengan klasifikasi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Sistem klasifikasi tersebut terdiri dari (PPNI, 2016b):

- a. Fisiologis
Intervensi ini bertujuan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis, yang terdiri dari: respirasi; sirkulasi; nutrisi dan cairan; eliminasi; aktivitas dan istirahat; neurosensori; serta reproduksi dan seksualitas.
 - b. Psikologis
Intervensi ini bertujuan untuk mendukung fungsi dan proses mental, yang terdiri dari: nyeri dan kenyamanan; integritas ego; serta pertumbuhan dan perkembangan.
 - c. Perilaku
Intervensi ini bertujuan mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat, yang terdiri dari: kebersihan diri; penyuluhan dan pembelajaran.
 - d. Relasional
Intervensi ini bertujuan untuk mendukung hubungan interpersonal ataupun interaksi sosial, yang terdiri dari interaksi sosial.
 - e. Lingkungan
Intervensi ini bertujuan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan, yang terdiri dari keamanan dan proteksi.
- Penetapan intervensi keperawatan juga terdapat komponen-komponen di dalamnya (PPNI, 2016b) yang terdiri dari:
- a. Label
Komponen ini menjelaskan bahwa nama dari intervensi keperawatan yang merupakan sebuah kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi tersebut.
 - b. Definisi

Komponen ini menjelaskan tentang arti dari label intervensi keperawatan. Definisi label pada intervensi keperawatan diawali dengan kata kerja yang merupakan perbuatan yang dilakukan oleh perawat, bukan yang dilakukan oleh klien ataupun keluarga.

c. Tindakan

Komponen ini adalah rangkaian perilaku atau tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi yang telah disusun oleh perawat, terdiri dari: tindakan observasi; tindakan terapeutik; tindakan edukasi; tindakan kolaborasi.

Berikut contoh penulisan intervensi berdasarkan kasus di atas:

Dx. Kep	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Nyeri akut pada Ny. NM di keluarga Tn. MA yang berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ditandai dengan Ny. NM mengatakan nyeri kepala seperti ditimpa	Setelah dilakukan kunjungan dalam waktu 7 hari diharapkan keluarga mampu mengenal masalah keperawatan nyeri akut pada Ny, NM di keluarga Tn. MA dengan kriteria hasil:	Setelah dilakukan kunjungan 5x50 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil: TUK 1: Mampu mengenal nyeri dan	Verbal	Keluarga mampu menjelaskan pengertian dan penyebab nyeri	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi pengetahuan dan
			Psikomotor		

<p>benda keras dst (D.0077)</p>	<p>a. Keluhan nyeri menurun b. Kesulitan tidur menurun c. Frekuensi nadi membaik d. Pola tidur membaik e. Tekanan darah membaik f. Fokus membaik (L.08066)</p>	<p>penyebab nyeri TUK 2: Mampu melakukan terapi pijat untuk mengurangi nyeri dan hipertensi TUK 3: Mampu melakukan pengobatan sesuai dengan program</p>	<p>Psikomotor</p>	<p>Keluarga mampu melakukan terapi pijat pada klien hipertensi Keluarga mematuhi program pengobatan yang diberikan</p>	<p>keyakinan tentang nyeri Terapeutik: - Berikan terapi pijat untuk mengurangi nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi: - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Ajarkan pijat pada area kaki untuk mengurangi hipertensi - Anjurkan menggunakan obat secara tepat</p>
--	---	---	-------------------	---	---

D. Implementasi


Implementasi pada keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga serta juga pada anggota keluarga yang lainnya, implementasi yang diterapkan pada individu (Riasmini et al., 2017) meliputi hal-hal berikut:

1. Tindakan keperawatan secara langsung
2. Tindakan yang bersifat kolaboratif dan pengobatan-pengobatan dasar
3. Tindakan observasional
4. Tindakan promosi kesehatan

Implementasi yang ditujukan pelaksanaannya pada keluarga meliputi:

1. Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap masalah kesehatan yang sedang dialami oleh anggota keluarganya.
2. Memberikan bantuan pada keluarga untuk dapat mengambil keputusan yang tepat dalam tindakan untuk anggota keluarganya, serta mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
3. Mempercayakan pada keluarga akan kemampuan dalam merawat anggota keluarganya yang sakit dengan cara mengajarkan cara melakukan perawatan, menggunakan peralatan yang ada di rumah, dan memanfaatkan fasilitas yang tersedia.
4. Memberikan bantuan pada keluarga untuk membuat lingkungannya menjadi nyaman dan representatif serta sehat untuk anggota keluarganya dan melakukan perubahan yang seoptimal mungkin.
5. Memberikan motivasi kepada keluarga untuk memanfaatkan dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di lingkungan sekitarnya.

Berikut adalah contoh penulisan implementasi keperawatan keluarga:

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Implementasi	TTD
1.	<p>Nyeri akut pada Ny. NM di keluarga Tn. MA yang berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ditandai dengan Ny. NM mengatakan nyeri kepala seperti ditimpa benda keras dst (D.0077)</p>	<p>Sabtu, 4 September 2021 Pukul 08.00 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji nyeri yang dirasakan oleh klien meliputi lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri Respon: Ny. NM mengatakan nyeri kepala seperti di timpa benda keras, nyeri yang dirasakan hilang timbul, berkurang jika tidak dibawa beraktivitas dan bertambah jika dibuat beraktivitas dan terutama pada pagi hari 2. Menanyakan pada klien tentang skala nyeri yang dirasakan Respon: Ny. NM mengatakan bahwa nyeri kepala yang dirasakan skala 6 3. Menanyakan pada klien tentang pengertian nyeri yang dirasakan serta penyebab nyerinya Respon: Ny. NM mengatakan tidak mengerti kenapa bisa nyeri dan penyebab nyerinya yang dirasakan 4. Memeriksa TTV klien dengan lengkap dan kondisi klien Respon: TD: 180/100 mmHg N: 105x/menit 	

			RR: 30x/menit S: 36,5°C Mata klien bengkak dan sembab 5. Menjelaskan pengertian nyeri dan penyebab nyeri yang dirasakan oleh klien Respon: Ny. NM mengatakan mengerti dengan nyeri yang dirasakan dan penyebabnya 6. Mempersilahkan klien untuk menjelaskan kembali pengertian dan penyebab nyeri yang dirasakan Respon: Ny. NM mengatakan bahwa nyeri kepalanya akibat tekanan darah tinggi yang saat in sedang dialami oleh klien	
--	--	--	---	--

E. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun dan telah diimplementasikan kepada klien dan keluarganya. Apabila belum atau tidak berhasil, maka perawat harus memikirkan dan memodifikasi tindakan keperawatan yang akan diberikan pada klien ataupun keluarganya. Semua rencana tindakan yang telah disusun tidak mungkin dapat diberikan dalam satu kali kunjungan oleh perawat, untuk itu dapat dilakukan bertahap sesuai dengan kesepakatan kunjungan yang telah dibuat antara klien, keluarga dan perawat (Riasmini et al., 2017). Kegiatan dalam evaluasi yang dilakukan oleh perawat meliputi mengevaluasi kemajuan status kesehatan klien dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan criteria

hasil yang telah ditetapkan dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah keperawatan dan kemajuan tujuan yang telah disusun bersama dengan perawat dan keluarga (Riasmini et al., 2017).

Berikut contoh penulisan evaluasi dalam keperawatan keluarga:

No	Diagnosis Keperawatan Keluarga	Hari/Tanggal	Evaluasi
1.	Nyeri akut pada Ny. NM di keluarga Tn. MA yang berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ditandai dengan Ny. NM mengatakan nyeri kepala seperti ditimpa benda keras dst (D.0077)	Sabtu, 4 September 2021 Pukul 08.50 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. NM mengatakan Ny. NM mengatakan nyeri kepala seperti di timpa benda keras, nyeri yang dirasakan hilang timbul, berkurang jika tidak dibawa beraktivitas dan bertambah jika dibuat beraktivitas dan terutama pada pagi hari, skala nyeri 6 - Keluarga mengatakan tidak mengerti kenapa bisa nyeri dan penyebab nyerinya yang dirasakan Ny. NM - Ny. NM dan keluarga mengatakan mengerti dengan nyeri yang dirasakan dan penyebabnya - Ny. NM mengatakan bahwa nyeri kepalanya akibat tekanan darah tinggi yang saat in sedang dialami oleh klien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 180/100 mmHg N: 105x/menit RR: 30x/menit

			<p>S: 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none">- Mata klien bengkak dan sembab <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: TUK 1 dipertahankan, lanjutkan TUK 2</p>
--	--	--	---

REFERENSI

- Bickley, L. S., & Szilagy, P. G. (2008). *Buku Saku Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan Bates* (5th ed.). Jakarta: EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Maglaya, A. . (2009). *Nursing Practice in the Community* (5th ed.). Philadelphia: Argonaut Corporation.
- NANDA. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020* (11th ed.; T. H. Heardman & S. Kamitsuru, eds.). Jakarta: EGC.
- PPNI. (2016a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2016b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2016c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, P. N., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat* (J. Sahar, Riyanto, & W. Wiarsih, eds.). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Rohmah, N., & Walid, S. (2010). *Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

PROFIL PENULIS

Siti Riskika, S. Kep. Ns., M. Kep

Lahir di Bondowoso, 7 Oktober 1991.

Riwayat pendidikan: Lulus Diploma Tiga Keperawatan Universitas Bondowoso pada tahun 2013. Menempuh Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Jember dan lulus tahun 2016. Meraih gelar Magister Keperawatan pada tahun 2019 di Universitas Airlangga Surabaya. Pengalaman organisasi:

Anggota Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Jawa Timur (IPKKI) sejak tahun 2020 sampai sekarang, anggota Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGRI) Jawa Timur. Riwayat pekerjaan: Dosen tetap di Program Studi DIII Keperawatan Universitas Bondowoso sejak tahun 2016 sampai sekarang, *Editor in Chief* DNHJ (*D’Nursing and Health Journal*) Universitas Bondowoso tahun 2020 sampai sekarang.

e-mail: sitiriskika77@gmail.com



BAB 5

KONSEP MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA

(Nurul maurida, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Universitas dr. Soebandi; Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember telp.
(0331)483536
nurul.maurida@gmail.com

A. Definisi Manajemen Sumber Daya Keluarga

1. Manajemen Dalam Keluarga

Manajemen merupakan serangkaian perencanaan dan pelaksanaan penggunaan sumber daya untuk mencapai keinginan atau tujuan (Siregar et al., 2020). Manajemen mengedepankan interaksi yang dilakukan oleh anggota dalam suatu organisasi secara bersama-sama dengan pembagian tugas yang jelas. (Fitriana et al., 2017). Manajemen dalam konteks keluarga dapat diartikan sebagai serangkaian perencanaan, pelaksanaan sampai monitoring dalam keluarga yang tergambar dalam interaksi antar anggota keluarga, interaksi dengan keluarga besar maupun dengan lingkungan sosialnya.

Manajemen dalam keluarga mengoptimalkan kemampuan kerjasama antar anggota keluarga dalam mengelola sumberdaya sehingga dapat mengurangi keterbatasan individu. Kerjasama yang baik dapat mengarahkan pada kepuasan dan kebahagiaan yang lebih besar dibandingkan dengan usaha yang dilakukan individual. Manajemen dalam keluarga juga merupakan perwujudan dari pengoptimalan pelaksanaan peran setiap anggota keluarga.

Manajemen dalam keluarga memiliki ciri-ciri penting (Siregar et al. 2020) :

- 1) Keluarga mengetahui potensi dari segala sesuatu yang dimiliki sehingga seluruhnya dapat dikelola untuk mewujudkan kesejahteraan keluarga karena Kualitas dan kuantitas manajerial setiap keluarga memiliki perbedaan.
- 2) Kecerdasan dan keterampilan keluarga menentukan kualitas manajemen
- 3) Manajemen keluarga melibatkan pelaksanaan peran, pengoptimalan fungsi keluarga, kemampuan stress dan coping, lingkungan rumah serta lingkungan sosial
- 4) Manajemen memiliki tanggung jawab untuk mentransfer pengalaman-pengalaman yang telah dilakukan kepada anggota keluarga yang lebih muda supaya dapat menjalankan hal yang sama.
- 5) Manajemen di rumah adalah proses pengambilan keputusan yang diambil yang diambil berdasarkan kerjasama dengan anggota keluarga.
- 6) Manajemen dalam keluarga merupakan suatu seni manajerial dengan semua anggota keluarga bekerjasama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2. Sumber Daya Keluarga

Sumber daya adalah alat atau bahan yang tersedia dan diketahui potensinya untuk memenuhi keinginan. Sumber daya juga diartikan sebagai segala sesuatu yang dimiliki oleh organisasi untuk memenuhi atau mencapai tujuan. Sumber daya keluarga merupakan modal yang harus dikelola dengan baik oleh seluruh anggota keluarga untuk mencapai kesejahteraan keluarga (Sukiman, 2016). Sumber daya keluarga juga bisa didefinisikan sebagai alat atau bahan dan segala sesuatu yang dimiliki oleh keluarga untuk mencapai tujuan bersama.

Menurut Siregar et al. (2020), Jenis sumber daya keluarga terdiri dari terdiri dari :

- 1) Sumber daya manusia

- a. Kapasitas dan karakteristik individu
Keluarga dengan kapasitas manajerial dan karakteristik individu yang baik akan membawa seluruh anggota keluarganya mampu untuk mengelola sumber daya yang dimiliki sehingga terwujud kesejahteraan dalam keluarga tersebut.
- b. Pengetahuan,
Seluruh keluarga perlu mengetahui tentang tujuan yang akan dicapai, cara untuk memperoleh tujuan tersebut serta sumber daya yang dimiliki
- c. Waktu
Memanfaatkan waktu sebaik mungkin untuk mengoptimalkan kebersamaan bersama keluarga menjadi aspek penting dalam membentuk ikatan emosional sehingga mampu mengelola sumber daya
- d. Energi
Energi dapat dijabarkan sebagai bentuk kesehatan fisik dan mental yang merupakan pondasi awal kemampuan keluarga dalam mengelola sumber daya keluarga yang dimilikinya.
- e. Kemampuan dan keterampilan
Keluarga dengan kemampuan dan keterampilan yang baik akan mampu mengelola sumber daya keluarga yang mereka miliki dengan baik.
- f. Sikap
Sikap optimistis merupakan pemikiran yang positif dan mampu memotivasi setiap anggota keluarga untuk melakukan aktivitas mencapai tujuan bersama.

2) Sumber daya non manusia

- a. Uang

Uang merupakan media transaksi yang berlaku di masyarakat. Keluarga mampu memenuhi sandang, pangan dan papan dengan uang.

b. Barang material

Keberadaan barang material dalam suatu keluarga dapat dikategorikan sebagai investasi sebagai bentuk peningkatan fungsi keluarga pada aspek fungsi ekonomi.

c. Fasilitas komunitas

Fasilitas komunitas konteksnya adalah fasilitas-fasilitas yang berada di lingkungan sosial yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga. Contoh dari bentuk fasilitas komunitas adalah taman bermain, kantor pos, kantor polisi, pusat perbelanjaan, bank, kantor pemerintah dan sebagainya.

Menurut Juniarti & Swaraj (2015), sumberdaya keluarga dibedakan berdasarkan nilai ekonomi dan berdasarkan asal/letak.

1) Berdasarkan nilai ekonomi

a. Sumber daya ekonomi (*home economic*)

Sumber daya ekonomi dapat dikaitkan dengan uang yang bisa digunakan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Selain itu, keluarga mampu untuk mengolah kembali uang yang diperoleh sehingga bisa menjadi bagian dari proses produksi maupun distribusi.

b. Sumber daya non ekonomi

Segala sesuatu yang dimiliki keluarga baik dari dalam maupun luar yang tidak bernilai investasi namun bisa digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan

2) Berdasarkan asal/letak

a. Sumber daya mikro (internal)

segala sesuatu yang berasal dari dalam keluarga. Sumber daya mikro terdiri dari tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, status gizi, status kesehatan, ketersediaan waktu luang, nilai, dan sebagainya

b. Sumber daya makro (eksternal)

segala sesuatu yang berasal dari luar keluarga. Hal ini terdiri dari ketersediaan air minum dan sanitasi, potensi sumber daya alam, fasilitas pendidikan, ekonomi, keagamaan, dan sebagainya.

Menurut Sukiman (2016), Sumber daya keluarga terdiri dari :

1) Sumber daya manusia

sumber daya manusia adalah segala sesuatu yang dimiliki oleh keluarga dan melekat pada diri anggota keluarga, yaitu kesehatan fisik dan kesehatan mental, pendidikan, pengetahuan, rasa kebersamaan dan saling memiliki, rasa hormat dan sebagainya

2) Sumber daya waktu

Penggunaan waktu yang baik dapat menggambarkan keberhasilan keluarga dalam mengelola sumber daya. Keluarga perlu untuk merencanakan setiap aktivitasnya untuk mencapai tujuan.

3) Sumber daya materi

Sumber daya materi bisa berupa rumah, kendaraan, barang bernilai investasi dan sebagainya. Seluruh anggota keluarga perlu memiliki rasa tanggung jawab terhadap sumber daya materi yang dimiliki.

3. Manajemen Sumber Daya Keluarga

Manajemen sumber daya keluarga adalah penggunaan sumber daya keluarga dalam usaha mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan bersama. Manajemen sumber daya keluarga juga bisa diartikan sebagai suatu cara hidup yang telah dipilih oleh keluarga. Kepala keluarga sebagai kepala

manajer memiliki tanggung jawab untuk mengetahui potensi dan mengelola dengan sebaik-baiknya sumber daya yang dimiliki serta mengkoordinasikan faktor sosial, budaya, ekonomi dan teknis yang bertujuan untuk memperkaya keberadaan dan perkembangan keluarga.

Manajemen sumber daya keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor (Juniarti & Swaraj (2015) meliputi :

1) Kompleksitas kehidupan keluarga

Kompleksitas dalam kehidupan keluarga berpengaruh pada pola keluarga dalam mengelola sumber daya keluarga. Semakin kompleks kehidupan keluarga maka keluarga perlu kemampuan yang lebih baik dalam mengelola sumber daya yang dimiliki.

2) Stabilitas keluarga.

Kestabilan keluarga berpengaruh pada kemampuan keluarga dalam melakukan manajemen sumber daya. Keluarga yang lebih stabil dalam berbagai aspek baik itu fisik, mental dan finansial cenderung lebih baik dalam mengelola sumber daya dalam keluarga.

3) Peran dan Perubahan Keluarga.

Perubahan dalam keluarga akan menuntut adanya perubahan peran dalam keluarga.. Peran dan perubahan dalam keluarga tersebut akan berpengaruh pada kemampuan keluarga dalam mengelola sumber daya.

4) Teknologi.

Keluarga yang mampu mengikuti perkembangan teknologi memiliki kemampuan yang lebih dalam melakukan manajemen sumber daya keluarga.

B. Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga dan Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga

1. Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga

Menurut Juniarti & Swaraj (2015), sistem manajemen sumber daya keluarga bergantung pada sistem keluarga yang dijalankan. Sistem keluarga terdiri dari sistem personal dan sistem manajerial.

a. Sistem personal

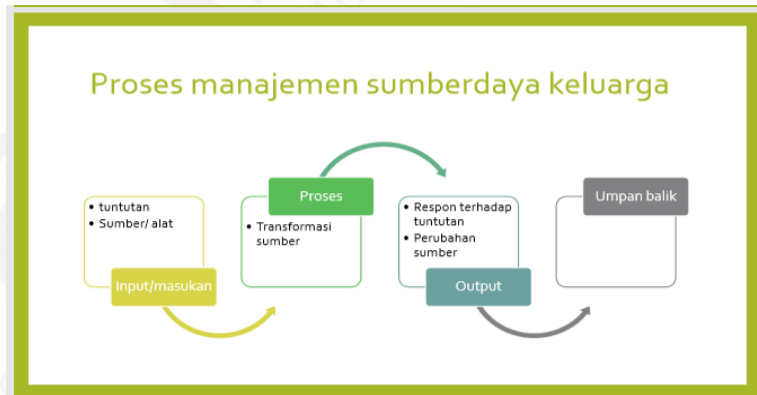
Peran keluarga dalam mengembangkan kemampuan dan kapasitas dari setiap anggota keluarga. Peran ini berhubungan dengan cara keluarga dalam menerima masukan dari lingkungan sosial dengan mengkritisi nilai-nilai serta norma yang dianut oleh keluarga

b. Sistem manajerial

Proses keluarga dalam mengelola sumber daya keluarga. Proses yang dimaksud terdiri dari input, proses, output dan umpan balik

2. Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga

Proses manajemen sumber daya keluarga memiliki 4 komponen. Menurut (Lastariwati, 2015), proses manajemen terdiri dari input, proses, output dan umpan balik



Sumber : Lastariwati (2015)

a. Input

Input merupakan segala sesuatu yang dimiliki atau dialami oleh keluarga yang nantinya akan ikut dalam sistem manajemen keluarga untuk diproses.

a) Tuntutan

Suatu kondisi atau kejadian dalam keluarga yang tidak terantisipasi sehingga menuntut keluarga untuk melakukan suatu tindakan. Tuntutan juga bisa berupa tujuan yang telah ditetapkan oleh keluarga dan menuntut keluarga untuk melakukan tindakan sebagai upaya pencapaian tujuan tersebut.

Contoh :

Keluarga Tn. A terdiri dari ayah, ibu dan 2 anak. Fungsi ekonomi berjalan dengan baik. Suatu ketika ayah mengalami kecelakaan sehingga tidak ada yang mencari nafkah. Di sisi lain, anak tertua berencana untuk melanjutkan kuliah di tempat yang diinginkan. Keluarga mendukung keinginan tersebut.

Kondisi tersebut menuntut keluarga untuk masuk dalam sistem manajemen sumber daya keluarga untuk mencapai kesejahteraan dalam keluarganya.

b) Sumber daya

Segala sesuatu yang dimiliki oleh keluarga dan digunakan untuk mengatasi tuntutan.

Contoh :

Pada kondisi keluarga Tn. A di atas, penting bagi keluarga untuk mengetahui dan memahami sumber daya yang dimiliki dan bisa digunakan untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan bersama. Misalkan mengidentifikasi sumber daya manusia yang dimiliki oleh keluarga Tn A

- kondisi sehat fisik dan sehat mental
- keterampilan yang dapat digunakan untuk mendapatkan penghasilan

- waktu luang untuk mengoptimalkan sumber daya
- sikap yang optimis sehingga bisa memotivasi diri sendiri dan keluarga untuk dapat melakukan suatu hal sehingga tujuan tercapai

Misalkan mengidentifikasi sumber daya non manusia yang dimiliki oleh keluarga Tn. A

- kepemilikan uang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, pengobatan anggota keluarga yang mengalami masalah
- benda-benda bernilai investasi yang bisa digunakan untuk mengantisipasi kondisi yang tidak diinginkan
- fasilitas komunitas yang bisa memaksimalkan upaya keluarganya untuk mencapai tujuan misalkan ketersediaan beasiswa untuk Pendidikan anak, kepemilikan asuransi kesehatan bagi anggota keluarga yang mengalami masalah Kesehatan, bantuan sosial dari pemerintah, dukungan dari keluarga besar, dsb.

b. Proses

Proses ini menitikberatkan pada cara keluarga mengelola sumber daya yang dimiliki dan bagaimana keluarga mengatasi tuntutan keadaan yang membutuhkan tindakan sehingga dapat mencapai tujuan.

c. Output

Respon atau luaran yang terjadi setelah proses keluarga dalam mengelola sumber daya dalam keluarga. Output dalam manajemen sumber daya tidak selalu berupa hal positif. Hal ini tergantung pada proses keluarga dalam mengelola input dalam manajemen sumber daya keluarga.

Pada kondisi keluarga Tn A, dapat digambarkan bentuk output positif yang mungkin terjadi adalah tercapainya

tujuan dari keluarga yaitu keluarga Tn A mampu survive dan mengatasi segala permasalahan yang terjadi dengan kondisi kepala keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

d. Umpan balik

Umpan balik adalah output yang masuk kembali ke dalam sistem manajemen sumber daya keluarga sebagai input dan selanjutnya akan dianalisa serta dievaluasi oleh keluarga untuk meningkatkan input.

Pada kondisi keluarga Tn A, umpan balik dapat digambarkan sebagai suatu evaluasi dari proses yang telah dilakukan sebelumnya. Output yang ada perlu untuk dievaluasi kembali apakah sudah mencapai tujuan yang sudah ditetapkan dan sudah merubah tuntutan dalam keluarga menjadi sesuatu yang lebih baik. Jika keluarga sudah mencapai output yang positif, maka input bagi keluarga menjadi lebih baik dari sebelumnya. Hal ini diharapkan dapat menjadikan output dalam manajemen sumber daya keluarga menjadi lebih baik lagi. Sebaliknya, jika output dari manajemen sumber daya keluarga merupakan hal yang negative, maka diharapkan keluarga mampu memperbaiki proses pengelolaan sumber daya keluarga yang dimiliki sehingga dapat mencapai tujuan yang sudah ditetapkan

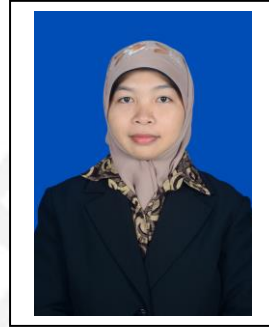
REFERENSI

- Fitriana, Faudiah, N., Dewi, R., and Hamid, Y. 2017. *Pengelolaan Sumber Daya Keluarga*. Syiah Kuala University Press. ISBN 9786025679018, 6025679010
- Juniarti, N., & Swaraj, K. (2015). *Manajemen Sumber Daya Keluarga*. October, 13. <https://www.researchgate.net/Publication/265194235>
- Lastariwati, B. (2015). *Pengelolaan sumberdaya keluarga*. *Pengelolaan Sumber Daya Keluarga*. <http://staffnew.uny.ac.id/upload/131572389/pendidikan/pemberdayaan-keluarga-masyarakatbadraningsih-lunypengelolaan-sumberdaya-keluarga.pdf>
- Siregar, D., Manurung, E., Sihombing, R., Pakpahan, M. and Sitanggang, Y. (2020). *Keperawatan Keluarga*. Yayasan Kita Menulis. ISBN 9786236840139, 623684013X https://www.google.co.id/books/edition/Keperawatan_Keluarga/10QQEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Sukiman. (2016). *Mengelola Sumber Daya Keluarga*. *Jurnal Seri Pendidikan Orang Tua: Mengelola Sumber Daya Keluarga*. [https://sahabatkeluarga.kemdikbud.go.id/laman/uploads/Dokumen/4427_2017-02-01/16.12.28 SPOT_Mengelola Sumber daya keluarga_CETAK.pdf](https://sahabatkeluarga.kemdikbud.go.id/laman/uploads/Dokumen/4427_2017-02-01/16.12.28 SPOT_Mengelola Sumber%20daya%20keluarga_CETAK.pdf)

PROFIL PENULIS

Ns. Nurul Maurida, S.Kep., M.Kep.

Lahir di Jember 20 Januari 1988 sekarang bertempat tinggal di Kecamatan Rambipuji Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur. Penulis adalah dosen keperawatan departemen komunitas, keluarga dan gerontik di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember, salah satu universitas swasta terbaik di



Kabupaten Jember. Pendidikan formal sarjana dan profesi diselesaikan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan Pendidikan magister keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Pengalaman di pelayanan kesehatan sudah pernah ditempuh di sebuah rumah sakit swasta Kabupaten Jember selama 3 tahun. Mulai memulai karir sebagai dosen keperawatan di awal tahun 2019. Penelitian-penelitian yang pernah dilakukan mayoritas berhubungan dengan kesehatan perempuan dan remaja dalam konteks keperawatan komunitas. Pengembangan model perilaku deteksi dini kanker serviks adalah judul tesis beliau pada tahun 2019. Hubungan threat appraisal dengan intensi merokok pada remaja adalah penelitian pada tahun 2020 dan beberapa artikel yang sudah terpublish di google scholar.

Email Penulis: nurul.maurida@gmail.com

BAB 6

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA BALITA SAKIT DAN IBU HAMIL

(Suhariyati, S.Kep., Ns., M.Kep)

Universitas Muhammadiyah Lamongan; Lamongan
suhariyati.psik@gmail.com

A. Konsep Dasar Keluarga dengan Tahap Perkembangan Balita

1. Tugas Perkembangan Anak Balita

a. Tugas perkembangan anak balita

Perkembangan (*development*) adalah berkembangnya kemampuan skill dalam struktur dan fungsi tubuh sebagai hasil dari proses pematangan sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Perkembangan ditandai oleh bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian^{1,2}.

Balita merupakan singkatan bawah lima tahun, periode ini dimulaipada usia satu hingga lima tahun³. Rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan balita yaitu rentang cepat dan lambat. Proses perkembangannya memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, dan perilaku sosial. Masa balita ini jika pada masa pertumbuhan dan perkembangan tidak dipantau dengan baik akan terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan sehingga tidak akan dapat diperbaiki pada periode selanjutnya sampai usia dewasa⁴.

Pada usia 1 tahun, balita mengalami maturasi otak dan kesiapan mental untuk bicara. Pada saat inilah merupakan saat yang tepat untuk dilakukan deteksi dini gangguan perkembangan pada anak. Balita mencapai perkembangan dalam cara mereka bermain, belajar, berbicara, berperilaku, dan bergerak (seperti merangkak, berjalan, atau melompat). Pada usia 2 tahun, balita lebih banyak bergerak, dan sadar akan diri sendiri serta sekitarnya. Keinginan mereka untuk mengeksplorasi objek dan orang baru juga semakin meningkat. Selama tahap ini, balita akan menunjukkan kemandirian yang lebih besar; mulai menunjukkan perilaku menantang; mengenali diri; dan meniru perilaku orang lain, terutama perilaku orang dewasa. Balita dapat mengenali nama orang dan benda yang dikenalnya, membentuk frasa dan kalimat sederhana, serta mengikuti petunjuk dan arahan sederhana^{1,5}.

Pada usia 2-3 tahun balita memiliki keterampilan seperti bermain bergiliran, dan menendang bola. Pada usia ini menumbuhkan keinginan balita untuk mandiri. Balita akan mengalami perubahan besar dalam pemikiran, pembelajaran, sosial, dan emosional yang akan membantu mereka menjelajahi dan memahami dunia baru mereka. Selama tahap ini, balita harus dapat mengikuti petunjuk dua atau tiga langkah, mengurutkan objek berdasarkan bentuk dan warna, meniru tindakan orang dewasa, dan mengekspresikan berbagai emosi⁶.

Usia 3-5 tahun balita memiliki keterampilan seperti menamai warna, menunjukkan kasih sayang, dan melompat dengan satu kaki. Mereka akan menjadi lebih mandiri dan mulai lebih fokus pada orang dewasa dan anak-anak di luar keluarga. Mereka akan lebih ingin

mengeksplorasi dan bertanya tentang hal-hal di sekitar mereka. Interaksi mereka dengan keluarga dan orang-orang di sekitar mereka akan membantu membentuk kepribadian mereka dan cara berpikir dan bergerak. Selama tahap ini, balita dapat mengendarai sepeda roda tiga, menggunakan gunting dengan pengaman, melihat perbedaan antara anak perempuan dan anak laki-laki, membantu berpakaian dan membuka pakaian sendiri, bermain dengan anak-anak lain, mengingat bagian dari sebuah cerita, dan menyanyikan sebuah lagu⁷.

b. Faktor yang mempengaruhi perkembangan anak balita

Perkembangan balita dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor genetic maupun lingkungan. Faktor lingkungan seperti lingkungan pranatal, perinatal, dan postnatal. Faktor tersebut meliputi riwayat gizi ibu saat hamil, mekanis, toksin/zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunisasi, anoksia embrio, asfiksia, trauma lahir, hipoglikemia, hiperbilirubinemia, bayi berat lahir rendah (BBLR), infeksi, ras/suku bangsa, jenis kelamin, umur, status gizi, perawatan kesehatan, kerentanan terhadap penyakit, kondisi kesehatan kronis, fungsi metabolisme, hormon¹. Hal tersebut juga didukung studi literatur lain bahwa kondisi kehamilan, komplikasi persalinan, pemenuhan gizi, pelayanan kesehatan, dan kerentanan terhadap penyakit merupakan beberapa faktor yang berhubungan dengan gangguan perkembangan balita⁸. Selain itu faktor keluarga juga mempengaruhi perkembangan balita, meliputi tingkat pendidikan ibu, sikap membesarkan bayi ibu, self-efficacy ibu, peran orang tua, pekerjaan orang tua, interaksi orang tua-balita dan pola asuh orang tua^{1,9-12}. Study literatur lain menyatakan bahwa stres keluarga yang tinggi akan menyebabkan gangguan

mental orang tua yang mungkin mengganggu emosional atau perilaku balita¹³.

2. Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Balita

Tugas perkembangan keluarga dengan anak balita masuk dalam tugas tahap III. Keluarga mempunyai tugas untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga (misalnya rumah, ruang, privasi dan keamanan), mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan orang tua-anak) dan luar keluarga (hubungan dengan keluarga besar dan komunitas), mulai menanamkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak serta menanamkan nilai dan norma kehidupan^{14,15}.

Berikut ini adalah beberapa hal yang bisa dilakukan orang tua terhadap balita^{6,15}

- a. Membacakan buku untuk balita setiap hari.
- b. Minta balita untuk menemukan objek untuk Anda atau beri nama bagian tubuh dan objek.
- c. Mainkan permainan yang cocok dengan balita Anda, seperti menyortir bentuk dan teka-teki sederhana.
- d. Dorong balita untuk mengeksplorasi dan mencoba hal-hal baru.
- e. Bantu mengembangkan bahasa balita dengan berbicara dengannya dan menambahkan kata-kata yang ia mulai. Misalnya, jika anak Anda mengatakan “baba”, Anda dapat menjawab, “Ya, Anda benar, itu adalah botol.”
- f. Dorong kemandirian balita dengan membiarkannya memakai pakaian dan makan secara mandiri.
- g. Dorong rasa ingin tahu dan kemampuan balita Anda untuk mengenali benda-benda umum dengan melakukan

kunjungan lapangan bersama ke taman atau tempat umum.

- h. Beri perhatian terkait pelayanan kesehatan meliputi penyakit menular pada anak, pencegahan kecelakaan dan keamanan rumah (jatuh, luka bakar dan keracunan), hubungan pernikahan, hubungan sibling, keluarga berencana, kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan, isu menjadi orang tua, penganiayaan, pengabaian anak, dan praktik kesehatan yang baik (misalnya tidur, nutrisi dan olahraga).

B. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Usia Balita Sakit

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut *Family Center Nursing Model* terdiri dari pengkajian keluarga (5 komponen) dan pengkajian individu sebagai anggota keluarga yang sakit (balita).

1) Pengkajian keluarga

- a) Identifikasi data sosiokultural: identitas kepala keluarga, komposisi keluarga, genogram, bentuk keluarga, tahap perkembangan keluarga (tugas perkembangan yang belum terpenuhi), suku, bahasa, kebiasaan keluarga, agama, sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan.
- b) Data lingkungan: karakteristik rumah, karakteristik tetangga/ komunitas sekitar, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga, interaksi dengan masyarakat, sistem pendukung keluarga.
- c) Struktur keluarga: pola komunikasi keluarga, struktur peran, struktur kekuatan keluarga, nilai dan norma keluarga.
- d) Fungsi keluarga: fungsi afektif, fungsi sosialisasi,

fungsi reproduksi dan fungsi perawatan kesehatan keluarga. Fungsi perawatan kesehatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu:

- Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga
- Kemampuan keluarga mengambil keputusan masalah kesehatan
- Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga
- Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- Kemampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan

e) Stress dan coping keluarga: stressor jangka pendek, stressor jangka panjang, respon keluarga, strategi coping, strategi adaptasi disfungsional.

2) Pengkajian balita sebagai anggota keluarga yang sakit

- a) Keluhan utama
- b) Riwayat penyakit sekarang
- c) Riwayat penyakit dahulu
- d) Riwayat psiko sosial spiritual
- e) Riwayat tumbuh kembang: antenatal, natal, post natal, pertumbuhan, perkembangan
- f) Riwayat imunisasi (terutama imunisasi dasar)
- g) Pola kebiasaan pemeliharaan kesehatan: nutrisi, istirahat, aktivitas, eliminasi, personal hygiene
- h) Pemeriksaan fisik: keadaan umum, kepala, mata, hidung, mulut, telinga, leher, dada, perut, genitalia dan ekstermitas.

2. Analisa data dan diagnosis keperawatan keluarga

Analisa data dibuat untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Untuk perumusan diagnosis sendiri menggunakan P (Problem) E (Etiologi) S (Symtom/Sign). Jenis diagnosis keluarga meliputi:

1) Diagnosis sehat/wellnes, ditegakan bila keluarga

mempunyai potensi untuk ditingkatkan dan belum ada data maladaptif. Ex. Kesiapan peningkatan nutrisi An.K pada keluarga Tn.Y

Diagnosis keperawatan keluarga (wallnes) yang mungkin muncul pada keluarga dengan anak balita antara lain ¹⁶:

- Kesiapan peningkatan nutrisi
- Kesiapan peningkatan koping keluarga
- Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan
- Kesiapan peningkatan proses keluarga
- Pencapaian peran menjadi orang tua dll.

2) Diagnosis resiko, ditegakan bila belum ada masalah kesehatan namun ada beberapa data maladaptif yang menimbulkan gangguan. Ex. Resiko defisit nutrisi An.K pada keluarga Tn.Y.

Diagnosis keperawatan keluarga (resiko) yang mungkin muncul pada keluarga dengan anak balita antara lain ¹⁶:

- Resiko defisit nutrisi
- Resiko berat badan lebih
- Resiko gangguan perkembangan
- Resiko gangguan pertumbuhan
- Resiko proses pengasuhan tidak efektif
- Resiko jatuh dll.

3) Diagnosis aktual, ditegakan bila sudah muncul masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan data maladaptif. Ex: Defisit nutrisi An.K pada keluarga Tn.Y.

Diagnosis keperawatan keluarga (aktual) yang mungkin muncul pada keluarga dengan anak balita antara lain ¹⁶:

- Defisit nutrisi
- Berat badan lebih
- Obesitas
- Ketidak mampuan koping keluarga
- Penurunan koping keluarga
- Gangguan tumbuh kembang

- Defisit pengetahuan
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
- Gangguan proses keluarga
- Ketegangan peran pemberi asuhan dll.

Etiologi keperawatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga yang menjadi fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

- 1) Ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan (Ex. nutrisi)
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tabel 6.1 Analisa data keperawatan

No.	DATA (S)	ETIOLOGI (E)	MASALAH (P)
1	DS: keluarga mengatakan balita tidak nafsu makan DO: Bbtturun 10% dibawah rentang ideal, membran mukosa pucat, sariawan, rambut rontok	Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Defisit nutrisi An.K pada keluarga Tn.Y

Setelah data dianalisis dan dirumuskan diagnosis keperawatan, selanjutnya yaitu penentuan prioritas masalah sesuai tabel 6.2. Rumus prioritas masalah rumus **Nilai = Skor x Bobot: Skor Tertinggi,**

Tabel 6.2 Perhitungan prioritas masalah

NO.	KRETERIA	SKOR	BOBOT	NILAI
1.	Sifat masalah			
	Skala: Wallnes	3		
	Aktual	3	1	
	Resiko	2		
Potensial	1			
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah	2		
	Skala: Mudah	1	2	
	Sebagian	0		
	Tidak dapat			
3.	Potensi masalah untuk dicegah			
	Skala: Tinggi	3		
	Cukup	2	1	
	Rendah	1		
4.	Menonjolnya masalah			
	Skala: Segera	2		
	Tidak perlu	1	1	
	Tidak dirasakan	0		
Jumlah				

3. Intervensi

Intervensi merupakan tahap berikutnya setelah analisa data. Tahap ini diawali dengan perumusan tujuan yang ingin dicapai dan juga rencana tindakan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami keluarga. Tujuan dalam intervensi ada dua yang pertama tujuan umum mengacu pada bagaimana mengatasi masalah dalam keluarga, sedangkan tujuan khusus mengatasi etiologi,

sehingga tujuan khusus mengacu pada 5 fungsi perawatan kesehatan keluarga. Rencana tindakan keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga dengan anak balita yang sakit antara lain¹⁷:

- Dukungan keluarga merencanakan perawatan
- Dukungan koping keluarga
- Dukungan pengambilan keputusan
- Edukasi nutrisi anak
- Edukasi orang tua: fase anak
- Edukasi pemberian makanan pada anak
- Edukasi stimulasi anak
- Edukasi toilet training
- Pendampingan orang tua dengan anak
- Promosi dukungan keluarga
- Manajemen imunisasi
- Terapi bermain dll.

4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah selanjutnya setelah intervensi. Implementasi tujuannya untuk melaksanakan program yang direncanakan guna menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk memastikan apakah hasil sudah sejalan dengan tujuan. Evaluasi dalam keperawatan keluarga pada umumnya menggunakan S (subjektif) O (objektif) A (*analysis*) P (*planning*).

C. Konsep Dasar Keluarga dengan Ibu Hamil

1. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan

a. Trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai masa penentuan, yaitu penentuan dalam menerima

kenyataan bahwa ibu sedang hamil. Gejala yang timbul antara lain mual dan muntah pada pagi hari, lemah,lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya^{18,19}.

b. Trimester II

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Periode ini ibu hamil sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi serta pikirannya secara konstruktif^{18,19}.

c. Trimester III

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada terhadap kelahiran bayinya. Periode ini akan timbul rasa tidak nyaman dan banyak ibu yang merasa dirinya jelek. Pada trimester diperlukan dukungan keluarga khususnya suami ^{18,19}.

2. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

Kebutuhan fisik ibu hamil meliputi ¹⁸⁻²⁰:

a. Kebutuhan nutrisi

1) Kalori

Kalori untuk orang biasa adalah 2000 Kkal, sedang untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800 Kkal.

2) Protein

Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari.

3) Mineral

Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 gr/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira - kira 0,9 gram kalsium

4) Vitamin

b. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih.

c. Istirahat

Ibu hamil memerlukan istirahat yang cukup. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal.

d. Aktifitas

Ibu hamil boleh mengerjakan aktivitas sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak.

e. Persiapan laktasi

Persiapan menyusui pada kehamilan merupakan hal yang penting karena dengan persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya.

f. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi minimal 2x sehari, menjaga kebersihan gigi dan mulut, pakaian yang bersih dan nyaman.

g. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti: sering abortus, kelahiran premature, perdarahan pervaginam. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri.

3. Tanda-tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan meliputi ^{18,19}:

1) Rasa sakit karena adanya kontaksi uterus yang progresif, teratur, yang meningkat kekuatan frekuensi

dan durasi.

- 2) Rabas vagina yang mengandung darah (*bloody show*)
- 3) Kadang-kadang selaput ketuban pecah spontan.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

D. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Ibu Hamil

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut *Family Center Nursing Model* terdiri dari pengkajian keluarga (5 komponen) dan pengkajian individu sebagai anggota keluarga yang sakit (ibu hamil).

1) Pengkajian keluarga

- a) Identifikasi data sosiokultural: identitas kepala keluarga, komposisi keluarga, genogram, bentuk keluarga, tahap perkembangan keluarga, suku, bahasa, kebiasaan keluarga, agama, sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan.
- b) Data lingkungan: karakteristik rumah, karakteristik tetangga/ komunitas sekitar, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga, interaksi dengan masyarakat, sistem pendukung keluarga.
- c) Struktur keluarga: pola komunikasi keluarga, struktur peran, struktur kekuatan keluarga, nilai dan norma keluarga.
- d) Fungsi keluarga: fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi dan fungsi perawatan kesehatan keluarga. Fungsi perawatan kesehatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu:
 - Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga
 - Kemampuan keluarga mengambil keputusan masalah kesehatan

- Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga
 - Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 - Kemampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan
- e) Stress dan coping keluarga: stressor jangka pendek, stressor jangka panjang, respon keluarga, strategi coping, strategi adaptasi disfungsional.
- 2) Pengkajian ibu hamil sebagai sasaran dalam anggota keluarga
- a) Keluhan utama
 - b) Riwayat reproduksi
 - Menstruasi (menarche, siklus, lama, keluhan, volume, bau, konsistensi)
 - Riwayat kehamilan yang lalu
 - Riwayat kehamilan sekarang (kunjungan, usia kehamilan, TT, HPHT, HPL dll)
 - c) Riwayat kesehatan (riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan lalu)
 - d) Riwayat psikososial spiritual
 - e) Pola kebiasaan pemeliharaan kesehatan (nutrisi, kebiasaan, aktifitas, istirahat tidur, personal hygiene, aktivitas seksual dll)
 - f) Pemeriksaan fisik (TFU, LILA, BB, TB dll)
 - g) Pemeriksaan penunjang (Ex. USG).

2. Analisa data dan diagnosis keperawatan keluarga

Analisa data dibuat untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Untuk perumusan diagnosis sendiri menggunakan P (Problem) E (Etiologi) S(Symtom/Sign).

Jenis diagnosis keluarga meliputi:

- 1) Diagnosis sehat/wellnes, ditegakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan dan belum ada

data maladaptif. Ex. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua Ny.Z pada keluarga Tn.Y.

Diagnosis keperawatan keluarga (wallnes) yang mungkin muncul pada keluarga dengan ibu hamil antara lain¹⁶:

- Kesiapan peningkatan menjadi orang tua
- Kesiapan persalinan
- Kesiapan peningkatan coping keluarga
- Kesiapan peningkatan pengetahuan
- Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan
- Kesiapan peningkatan proses keluarga
- Kesiapan peningkatan nutrisi dll.

2) Diagnosis resiko, ditegakan bila belum ada masalah kesehatan namun ada beberapa data maladaptif yang menimbulkan gangguan. Ex. Resiko kehamilan tidak dikehendaki Ny.Z pada keluarga Tn.Y.

Diagnosis keperawatan keluarga (resiko) yang mungkin muncul pada keluarga dengan ibu hamil antara lain¹⁶:

- Resiko kehamilan tidak dikehendaki
- Resiko cedera pada ibu
- Resiko cedera pada janin
- Resiko konstipasi
- Resiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah
- Resiko defisit nutrisi dll

3) Diagnosis aktual, ditegakan bila sudah muncul masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan data maladaptif. Ex: Gangguan rasa nyaman Ny.Z pada keluarga Tn.Y.

Diagnosis keperawatan keluarga (aktual) yang mungkin muncul pada keluarga dengan ibu hamil antara lain¹⁶:

- Gangguan rasa nyaman
- Nausea
- Kelelahan
- Defisit pengetahuan
- Gangguan citra tubuh

- Ketidakmampuan koping keluarga
- Penurunan koping keluarga
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
- Gangguan proses keluarga dll.

Etiologi keperawatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga yang menjadi fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

- 1) Ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan (Ex. nutrisi)
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tabel 6.1 Analisa data keperawatan

No.	DATA (S)	ETIOLOGI (E)	MASALAH (P)
1	<p>DS: Ny.Z mengeluh tidak nyaman, terutama saat tidur Ny.Z sering kencing Ny.Z merasa dirinya jelek</p> <p>DO: terlihat gelisah, postur tubuh berubah, lelah, muntah</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan: kehamilan</p>	<p>Gangguan rasa nyaman Ny.Z pada keluarga Tn.Y</p>

Setelah data dianalisis dan dirumuskan diagnosis keperawatan, selanjutnya yaitu penentuan prioritas masalah sesuai tabel 6.2. Rumus prioritas masalah rumus **Nilai = Skor x Bobot: Skor Tertinggi.**

Tabel 6.2 Perhitungan prioritas masalah

NO.	KRETERIA	SKOR	BOBOT	NILAI
1.	Sifat masalah			
	Skala: Wallnes	3		
	Aktual	3	1	
	Resiko	2		
Potensial	1			
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah	2		
	Skala: Mudah	1	2	
	Sebagian	0		
	Tidak dapat			
3.	Potensi masalah untuk dicegah			
	Skala: Tinggi	3	1	
	Cukup	2		
	Rendah	1		
4.	Menonjolnya masalah			
	Skala: Segera	2	1	
	Tidak perlu	1		
	Tidak dirasakan	0		
Jumlah				

3. Intervensi

Intervensi merupakan tahap berikutnya setelah

analisa data. Tahap ini diawali dengan perumusan tujuan yang ingin dicapai dan juga rencana tindakan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami keluarga. Tujuan dalam intervensi ada dua yang pertama tujuan umum mengacu pada bagaimana mengatasi masalah dalam keluarga, sedangkan tujuan khusus mengatasi etiologi, sehingga tujuan khusus mengacu pada 5 fungsi perawatan kesehatan keluarga. Rencana tindakan keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga dengan ibu hamil antara lain¹⁷:

- Edukasi persalinan
- Edukasi perawatan kehamilan
- Dukungan pengambilan keputusan
- Manajemen pendarahan akhir masa kehamilan
- Manajemen kehamilan tidak dikehendaki
- Pelibatan keluarga
- Promosi dukungan keluarga
- Perawatan persalinan
- Perawatan persalinan resiko tinggi
- Perawatan terminasi kehamilan
- Rujukan ke kelas laktasi masa kehamilan dll.

4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah selanjutnya setelah intervensi. Implementasi tujuannya untuk melaksanakan program yang direncanakan guna menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk memastikan apakah hasil sudah sejalan dengan tujuan. Evaluasi dalam keperawatan keluarga pada umumnya menggunakan S (subjektif) O (objektif) A (analysis) P (planning).

READING COPY

Seluruh Hak Dilindungi Oleh Undang-undang
HAK CIPTA MILIK PENULIS, HAK CETAK MILIK PENERBIT

REFERENSI

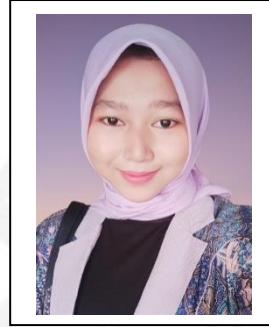
- Soetjiningsih, Ranuh. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC; 2015.
- Kemendes RI. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi Dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Kemendes RI; 2015.
- Kemendagri RI. *Pentingnya Pemantauan Kesehatan Pada Masa Periode Emas Balita*. Kemendes RI; 2015.
- Hidayat AAA. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Salemba Medika; 2005.
- CDC. Toddlers (1-2 years old). Accessed September 4, 2021. <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/toddlers.html>
- CDC. Toddlers (2-3 years old). Accessed September 4, 2021. <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/toddlers2.html>
- CDC. Preschoolers (3-5 tahun). Accessed September 4, 2021. <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/preschoolers.html>
- Putri YR, Lazdia W, Putri LOE. Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Balita Usia 1-2 Tahun Di Kota Bukittinggi. *Real Nurs J*. 2018;1(2):84. doi:10.32883/rnj.v1i2.264
- Jasiulione JS, Jusiene R. Delivery Mode, Maternal Characteristics, and Developmental Trajectories of Toddlers' Emotional and Behavioral Problems. *Child Youth Care Forum*. 2019;48(3):405-425. doi:10.1007/s10566-019-09487-8
- Safitri Y. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perkembangan Bahasa Balita di UPTD Kesehatan Baserah Tahun 2016. *J Obs J Pendidik Anak Usia Dini*. 2017;1(2):148. doi:10.31004/obsesi.v1i2.35
- Lee EY, Hesketh KD, Rhodes RE, Rinaldi CM, Spence JC, Carson V. Role of parental and environmental characteristics in

- toddlers' physical activity and screen time: Bayesian analysis of structural equation models. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018;15(1):1-14. doi:10.1186/s12966-018-0649-5
- Al Rahmad AH, Miko A, Labatjo R, Fajriansyah, Fitri Y, Suryana. Malnutrition prevalence among toddlers based on family characteristics: A cross-sectional study in the rural and urban areas of Aceh, Indonesia. *Sri Lanka J Child Heal.* 2020;49(3):263-268. doi:10.4038/sljch.v49i3.9145
- Herring S, Gray KM, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, Einfeld S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: Associations with parental mental health and family functioning. *J Intellect Disabil Res.* 2006;50(12):874-882. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00904.x
- Achjar KAH. *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga.* Sagung Seto; 2012.
- Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori Dan Praktik.* EGC; 2010.
- Tim Pokja SDKI PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik.* PPNI; 2017.
- PPNI TPS. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.* PPNI; 2018.
- Kumalasari I. *Panduan Praktik Laboratorium Dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir Dan Kontrasepsi.* Salemba Medika; 2015.
- Nurul Kamariyah, Anggasari Y, Muflihah S. *Buku Ajar Kehamilan Untuk Mahasiswa & Praktisi Keperawatan Serta Kebidanan.* Salemba Medika; 2014.
- Saminem. *Seri Asuhan Kebidanan Kehamilan Normal.* EGC; 2009.

PROFIL PENULIS

Suhariyati

Lahir di Lamongan, Provinsi Jawa Timur pada tanggal 05 Maret 1993. Penulis merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Kemudian melanjutkan sekolah keperguruan tinggi pada tahun 2011 di Universitas Jember. Tahun 2015 melanjutkan studi Profesi Ners di Universitas Jember. Tahun 2017 melanjutkan studi S2 Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.



Lulus S2 tahun 2019 sampai sekarang bekerja di Universitas Muhammadiyah Lamongan sebagai dosen tetap di Program Studi Ilmu Keperawatan yang aktif melaksanakan Catur Dharma Perguruan Tinggi dan memiliki karya ilmiah berupa penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email Penulis: suhariyati.psik@gmail.com

BAB 7

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANAK REMAJA DAN ANAK SEKOLAH

(Nessy Anggun Primasari, S.Kep,Ns., M.Kep)

STIKES Guna Bangsa Yogyakarta; Dhuri RT 001/ RW 020 Kalasan,
Yogyakarta, telp. 081233540402

Email: nessyanggunprimasari@gmail.com

A. Konsep Dasar Keluarga dengan Tahap Perkembangan Anak Remaja

1. Konsep Remaja

Remaja merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang menjembatani antara masa anak-anak dengan masa dewasa. Pada fase remaja dapat ditandai secara fisik, psikologis, kognitif, sosial dan intelektual. Batasan usia remaja adalah dengan rentang usia 10-18 tahun (Marilyn M Friedman et al., 2003). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun, sedangkan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah (Infodatin, 2017). Masa remaja dibagi menjadi tiga periode yaitu masa remaja awal (10-14 tahun), masa remaja pertengahan (14-17 tahun), dan masa remaja akhir (17-19 tahun) (Titih Huriah; Nina Dwi Lestari, 2021).

Sifat khas remaja yang dialami yaitu mempunyai rasa keingintahuan yang besar, menyukai petualangan dan tantangan serta cenderung berani untuk menanggung resiko atas perbuatannya tanpa di dahului oleh pertimbangan yang matang (Infodatin, 2017). Diketahui bahwa remaja dapat mengambil keputusan yang tidak tepat

dalam menghadapi konflik maka remaja akan jatuh kedalam perilaku beresiko dan mungkin harus menanggung akibat jangka pendek serta jangka panjang dalam berbagai masalah kesehatan fisik maupun psikososial.

Masa transisi yang dialami oleh remaja, antara masa anak-anak menuju masa remaja dipandang dari dua sisi yang berlainan, di satu sisi remaja ingin menjadi seorang yang mandiri tanpa bantuan orang tua maupun orang lain. Namun disisi lain remaja masih membutuhkan bantuan dan ketergantungan terhadap orang tua jika di hadapkan pada masalah penting yang menyangkut kehidupannya. Namun intensitas ketergantungan tersebut telah berakur berkurang karena pada hakikatnya remaja mulai lebih mendekatkan diri pada teman-teman sebaya memiliki rentang usia yang sama. Karena beberapa remaja merasa pola pikir orang tua lebih kolot dan kurang bisa memahami dunia masa remaja milenial saat ini. Sehingga relasi dengan orang tua dapat terwujud dalam suatu bentuk yang berbeda dari sebelumnya, interaksi yang terbentuk dengan kawan sebaya menjadi lebih akrab. Hal ini membuat cara berpikir remaja menjadi lebih abstrak dan idealistik.

Menurut (McMurray & Clendon, 2003) bahwa karakteristik remaja pada umumnya dapat dilihat dari tiga aspek berupa aspek fisik, aspek psikologis, dan aspek sosial. Pada aspek fisik remaja terlihat pada perubahan bentuk tubuh. Perubahan tersebut pada remaja laki-laki berupa pembesaran testis, mimpi basah. Sedangkan pada remaja perempuan pembesaran payudara tumbuhnya rambut pubis dan menstruasi. Aspek psikologis yang terjadi remaja terlihat pada karakteristik remaja yang sedang mencari jati diri, suka mencari tantangan, dalam mengambil keputusan tanpa mempertimbangkan resiko yang akan terjadi dan menunjukkan kelebihannya di depan teman-temannya.

Sedangkan aspek sosial yang terjadi pada remaja berupa dapat dilihat dari mudah terpengaruh oleh teman dan lingkungan sekitar serta cenderung berperilaku meniru atau mengikuti orang lain. Periode ini hal yang sering dialami berupa eksperimen berdandan oleh anak perempuan, minat dalam musik dan bertingkah mengikuti idolanya yang sedang populer. Baik bagi anak laki-laki maupun perempuan biasanya mereka akan membentuk “teman baik” dengan orang yang seumuran untuk dapat berbagi perasaan secara intim. Serta fase perasaan ketertarikan pada lawan jenis terbentuk pada fase ini. Sehingga pada masa ini remaja sering membentuk hubungan dengan lain yang lebih dewasa dibandingkan dengan orang tua yang membuat mereka menerima informasi mengenai menjadi dewasa (Potter, 2006).

Pada fase remaja pertumbuhan dan perkembangannya ditandai dengan perubahann fisik, emosi dan kognitif dan sosial. Menurut (Wong, 2009), tahapan pertumbuhan dan perkembangan remaja berupa :

a. Perubahan Fisik

Perubahan fisik yang dialami oleh remaja ditandai dengan masa pubertas. Menurut Titih Huriyah; Nina Dwi Lestari, (2021) masa pubertas ini merupakan masa peralihan dari *immaturity* (ketidakdewasaan) seksual ke masa potensial menjadi masa subur. Hal ini ditandai dengan munculnya tanda-tanda sekunder. Perubahan tanda-tanda sekunder antara remaja laki-laki dan remaja perempuan akan berbeda hal ini terjadi disesuaikan dengan jenis kelamin. Perubahan fisik yang terjadi pada remaja laki-laki berupa: pembesaran penis dan testis, pertumbuhan rambut pubis dan kumis, perubahan suara, dan mengalami mimpi basah. Sedangkan perubahan yang terjadi pada remaja wanita berupa pembesaran

payudara, tumbuhnya rambut pubis dan mengalami menstruasi.

b. Perubahan Emosi

Perubahan emosi yang dialami oleh remaja terjadi karena remaja berada pada tahap mencari jati diri atau identitas diri sendiri. Perubahan emosi yang sering dialami oleh remaja berupa cenderung lebih emosional, ingin mencoba tantangan baru, ingin melakukan sesuatu sesuai keinginannya dengan rasa ingin tau yang tinggi. Menurut Titih Huriah; Nina Dwi Lestari, (2021) perubahan emosi yang terjadi pada remaja berupa remaja remaja cenderung lebih emosional, ingin melakukan sesuatu sesuai dengan keinginannya, rasa ingin tahu yang sangat tinggi, ingin menunjukkan kelebihanannya serta berani dengan tantangan yang baru.

Pada awal memasuki masa remaja awalnya mereka akan bereaksi cepat dan emosional, berbeda dengan remaja yang memasuki usia akhir remaja, mereka dapat mengendalikan emosinya sampai waktu dan tempat untuk mengekspresikan dirinya dapat diterima masyarakat. Mereka masih tetap mengalami peningkatan emosi dan jika emosi itu diperlihatkan, perilaku mereka menggambarkan perasaan tidak aman, ketegangan dan kebimbangan. Menurut Gross & John (2003) terdapat empat aspek yang digunakan untuk menentukan kemampuan regulasi emosi yang dialami oleh seseorang yang juga dialami oleh remaja yaitu :

- 1) *Strategi to Emotion Regulation (Strategies)* berupa keyakinan individu untuk dapat mengatasi suatu masalah, memiliki kemampuan untuk menentukan suatu cara yang dapat mengurangi emosi negatif dan dapat dengan cepat menenangkan diri kembali setelah merasakan emosi yang berlebihan.

- 2) *Enganging in Global Directed Behavior (Goals)* berupa kemampuan individu untuk tidak terpengaruh oleh emosi negatif yang dirasakannya sehingga dapat tetap berpikir dan melakukan sesuatu dengan baik.
- 3) *Control Emotional Responses (Impulses)* berupa kemampuan individu untuk dapat mengontrol emosi yang dirasakannya dan respon emosi yang ditampilkan (respon fisiologis, tingkah laku dan nada suara), sehingga individu tidak akan merasakan emosi yang berlebihna dan menunjukkan respon emosi yang tepat.
- 4) *Acceptance of Emotional Response (Acceptance)* berupa individu untuk menerima suatu peristiwa yang menimbulkan emosi negatif dan tidak merasa malu merasakan emosi tersebut.

c. Perubahan Kognitif

Perubahan yang terjadi pada sudut pandang kognitif berupa remaja mengalami perubahan cara berpikir, lebih banyak berpikir abstrak, sudah mampu menganalisis situasi sekitar ataupun masalah yang terjadi dan remaja sudah mulai dapat berpikir dengan mempersiapkan tentang cita-cita atau masa depan yang diinginkan.

Perubahan kognitif berupa penilaian yang dibuat berupa pertahanan psikologis dan perbuatan dengan membandingkan nilai sosial dengan taraf orang yang ada dibawahnya (keadaan yang lebih buruk). Pada umumnya, hal ini merupakan bentuk tranformasi kognisi yang mengacu pada perubahan pengaruh kuat emosi dari situasi. Perubahan kognitif mengacu pada mengubah cara pandang dan penilaian situasi dimana remaja terlibat di dalamnya untuk mengubah signifikansi emosionalnya dengan mengubah pola pemikiran remaja

tentang situasi atau tentang kebutuhan dalam memenuhi tuntutan selama menjalani masa remaja.

d. Perubahan Sosial

Perubahan sosial yang terjadi pada remaja antara lain remaja mudah terpengaruh dengan teman sebayanya, pada masa remaja cenderung menghabiskan waktunya lebih banyak dengan teman sebaya dari pada berkumpul menghabiskan waktunya dengan keluarga. Sifat remaja yang memiliki rasa keingintahuan yang tergolong tinggi membuat remaja ingin mencoba melakukan sesuatu baru yang tergolong negatif dengan pengaruh lingkungan berupa merokok, minuman keras sampai narkoba, hal inilah yang membuat remaja terpengaruh untuk terjerumus ke arah sana. Perubahan sosial inilah yang akan mempengaruhi pembentukan identitas pada remaja.

Remaja merupakan kelompok yang sangat beresiko untuk mengalami masalah kesehatan. Remaja dalam upaya mencapai tahap pertumbuhan dan perkembangannya memerlukan bimbingan dan arahan dari orang terdekat terutama oleh orang tua (Titih Huriyah; Nina Dwi Lestari, 2021). Tugas keluarga yang memiliki anggota keluarga pada usia remaja diharapkan dapat mampu melaksanakan semua tugas perkembangannya dengan baik. Pencapaian tahap perkembangan ini sangat diperlukan peran dari perawat khususnya perawat keluarga.

Perawat keluarga sangat berperan dalam upaya promotif, proteksi dan pencegahan penyakit. Menurut (Alender & Sradley, 2005) program promotif yang dilakukan perawat keluarga bertujuan untuk mencegah penyimpangan perilaku yang dilakukan oleh remaja. Proses *screening* sedini mungkin perlu dilakukan kepada

remaja dengan cara memberikan pendidikan kesehatan pada remaja dan keluarganya.

Menurut (Kaakinen et al., 2018) perawat keluarga memiliki peran penting dalam upaya membantu keluarga dengan anak usia remaja dalam mencapai tugas perkembangannya antara lain:

1) *Case Manager*

Perawat keluarga berperan sebagai koordinator dan kolaborator antara keluarga dengan pelayanan kesehatan yang diperlukan dalam upaya menyelesaikan kesehatan keluarga

2) *Care Provider/ Technical Expert*

Perawat keluarga melakukan asuhan keperawatan keluarga berdasarkan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya. Perawat keluarga melakukan implementasi dengan mengaplikasikan terapi keperawatan, terapi modalitas ataupun terapi komplementer sesuai dengan keahlian yang dimiliki oleh perawat keluarga.

3) *Clarifier Interpreter*

Perawat keluarga berperan mengklarifikasi dan menginterpretasikan semua data-data tentang masalah kesehatan yang dialami keluarga. Hal tersebut meliputi dari analisa data, diagnosis, terapi prognosis penyakit dan sebagainya.

4) *Case Finder*

Perawat keluarga berperan sebagai penemu kasus ataupun menemukan masalah kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga yang didasarkan pada data-data yang didapatkan selama pengkajian baik data subjektif maupun objektif.

5) *Counselor*

Perawat keluarga berperan sebagai konselor atau

tempat bertanya ataupun menjadi konsultan sebagai upaya menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga.

6) *Health Education*

Perawat keluarga berperan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga khususnya tentang masalah kesehatan yang dialami keluarga. Peran penting perawat keluarga pada *health education* sebagai peneliti yang melakukan penelitian terhadap hal-hal yang berhubungan dengan keperawatan keluarga berdasarkan masalah kesehatan yang dihadapi keluarga dan upaya dalam penyelesaian masalahnya.

7) *Role Model*

Perawat keluarga dapat berperan sebagai contoh yang baik bagi keluarga dalam berperilaku dan melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan keluarganya.

8) *Liaison*

Tugas perawat keluarga berperan sebagai orang yang dapat menjembatani anggota keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

9) *Environmental Modifier*

Perawat keluarga berperam melakukan modifikasi lingkungan sesuai dengan kebutuhan dalam upaya menyelesaikan masalah kesehatan keluarganya.

10) *Surrogate*

Perawat keluarga dapat berperan sebagai pengganti anggota keluarga apabila diperlukan.

2. Tugas-Tugas Perkembangan Anak Usia Remaja

Pada usia remaja tahap perkembangan yang dialami mulai anak berusia 13 tahun dan biasanya berakhir pada usia 19 tahun atau 20 tahun. Bisa juga saat anak berusaha

meninggalkan rumah karena menikah atau bekerja berbeda daerah. Menurut Friedman et al., (2003), tugas perkembangan keluarga dengan anak usia remaja adalah :

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat dari sudut pandang otonominya.
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua.
- 4) Menghindari perbedaan, kecurigaan serta permusuhan dan perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Harvighurst dalam Hurlock, (1999) menyatakan tugas-tugas perkembangan pada masa remaja terdiri dari :

- 1) Mencapai hubungan baru yang lebih matang dengan teman sebaya baik laki-laki maupun perempuan
- 2) Mencapai peran sosial pria dan wanita
- 3) Menerima keadaan fisiknya dan menggunakan tubuhnya secara efektif.
- 4) Mengharapkan dan mencapai perilaku sosial yang bertanggung jawab.
- 5) Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang-orang dewasa lainnya.
- 6) Mempersiapkan karir ekonomi.
- 7) Mempersiapkan perkawinan dan keluarga.

Pada keluarga yang memiliki anak dengan tahap tumbuh kembang usia remaja memiliki masalah kesehatan yang muncul disebabkan oleh faktor resiko yang ada antara lain faktor biologis, faktor sosial, faktor ekonomi, faktor gaya hidup dan pengalaman masa lalu (Stanhope & Lancaster, 2004). Beberapa masalah kesehatan yang dapat terjadi pada keluarga dengan anak usia remaja antara lain (Marilyn M Friedman et al., 2003):

- 1) Cedera akibat olah raga
- 2) Kecelakaan pada saat mengendarai kendaraan
- 3) Merokok
- 4) Penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan terlarang
- 5) Pergaulan bebas atau sex bebas
- 6) Kehamilan yang tidak diinginkan
- 7) Mengugurkan kehamilan karena kehamilan diluar nikah
- 8) Hubungan pernikahan yang tidak harmonis
- 9) Konflik orang tua dan remaja
- 10) Pola komunikasi inefektif antara remaja dengan orang tua
- 11) Jerawat
- 12) Masalah nutrisi
- 13) Gangguan reproduksi
- 14) Kecemasan karena menstruasi tidak teratur
- 15) Penyakit menular seksual
- 16) Penyimpangan seksualitas (homoseksual dan lesbian)

3. Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anak Usia Remaja

- 1) Pengkajian data umum
 - Identitas
 - a. Nama Keluarga (KK)
 - b. Usia KK
 - c. Alamat
 - d. Pendidikan
 - e. Komposisi Keluarga

Tabel 7.1 Komposisi kepala keluarga dan anggota keluarga

No	Nama	Jenis Kelamin	Hub. dengan KK	TTL	Pendidikan

--	--	--	--	--	--

- f. Genogram
- g. Tipe Keluarga
- h. Suku
- i. Agama
- j. Status sosial ekonomi keluarga
- k. Aktivitas rekreasi keluarga
- Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga
 - a. Tahap perkembangan keluarga saat ini
 - b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
 - c. Riwayat keluarga inti
 - d. Riwayat keluarga sebelumnya
- Lingkungan
 - a. Karakteristik rumah
 - b. Karakteristik tetangga dan komunitas RW
 - c. Mobilitas geografis keluarga
 - d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - e. Sistem pendukung keluarga
- Struktur Keluarga
 - a. Pola komunikasi keluarga
 - b. Struktur kekuatan keluarga
 - c. Struktur peran
- Nilai dan Norma Budaya
- Fungsi Keluarga
 - a. Fungsi afektif
 - b. Fungsi sosialisasi
 - c. Fungsi perawatan keluarga
 - d. Stress dan coping keluarga
 - 1) Stressor jangka pendek

- 2) Stressor jangka panjang
- 3) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah
- 4) Strategi koping yang digunakan
- 5) Strategi adaptasi disfungsional
- Harapan Keluarga
- Pemeriksaan Fisik

Tabel 7.2 Pemeriksaan fisik pada anggota keluarga

Pemeriksaan	Anggota Keluarga			
	KK	1	2	3
Kepala				
Leher				
Telinga				
Mata				
Mulut dan hidung				
Dada dan paru-paru				
Abdomen				
Reproduksi				
Eliminasi				
Sistem integumen				
Sistem mukuloskeletal				
BB dan TB				
Tanda-tanda vital				
Capillary retil time (CRT)				

2) Pengkajian Data Fokus

- Bagaimana karakteristik teman disekolah atau di lingkungan rumah
- Bagaimana kebiasaan remaja menggunakan waktu luang

- Bagaimana perilaku anak selama dirumah
- Bagaimana hubungan anantara anak remaja dengan adiknya, dengan teman sekoalh atau bermain
- Siapa saja yang berada dirumah selama anak remaja di rumah
- Bagaiman pretasi anak disekolah dan prestasi apa yang pernah diraih
- Apa kegiatan remaja selain di sekolah, berapa kali, berapa lama dan dimana.
- Apa kebiasaan remaja di rumah
- Apa fasilitas yang digunakan remaja secara bersamaan atau sendiri
- Berapa lama waktu yang disediakan orang tua untuk remaja
- Siapa yang menjadi figur bagi remaja
- Seberapa peran yang menjadi figur bagi remaja
- Bagaimana pelaksanaan tugas dan fungsi keluarga

3) Analisa Data dan Diagnosis Keperawatan

Tabel 7.3 Analisa data dan diagnosis keperawatan

Data	Masalah Keperawatan
DO (Data Obyektif):	Tuliskan domain, kelas dan kode diagnosis
DS (Data Subyek):	keperawatan keluarga

4) *Scoring* dan Diagnosis Keperawatan Keluarga

Tabel 7.4 Pemeriksaan fisik pada anggota keluarga

Kriteria	Skor	Angka Tertinggi	Bobot	Pehitungan	Pembenaran

--	--	--	--	--	--

Skala untuk Menentukan Prioritas

Tabel 7.5 Skala untuk menentukan prioritas menurut (Maglaya, 2009)

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Skala :		
	Wellness	3	
	Aktual	3	1
	Resiko	2	
	Potensial	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Skala:	2	
	Mudah	1	2
	Sebagian	0	
	Tidak dapat		
3.	Potensi masalah untuk dicegah	3	
	Skala:	2	1
	Tinggi	1	
	Cukup		
4.	Rendah		
		2	
	Menonjolnya masalah	1	1
	Skala:	0	
	Segera		
	Tidak perlu		
	Tidak dirasakan		

Cara Skoring :

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot

3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria
- 5) Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga Dengan Tahap Perkembangan Anak Remaja:
1. Gangguan proses keluarga
 2. Gangguan pemeliharaan kesehatan
 3. Perubahan kebutuhan nutrisi: kurang atau lebih kebutuhan tubuh
 4. Gangguan pola eliminasi
 5. Gangguan penampilan peran
 6. Gangguan pola seksual
 7. Ketidakmampuan antisipasi dukungan berkepanjangan
 8. Konflik pengambilan keputusan
 9. Adaptasi kedukaan yang tidak fungsional
 10. Potensial berkembangnya koping keluarga
 11. Hambatan interaksi sosial
 12. Konflik peran keluarga
 13. Koping keluarga tidak efektif
 14. Gangguan manajemen pemerlihaan rumah
 15. Resiko terjadi trauma
 16. Ketidakberdayaan
- 6) Rencana Keperawatan Keluarga

Tabel 7.6 Rencana keperawatan keluarga

Data	Diagnosis	NOC	NIC
DO :			
DS :			

7) Implementasi Keperawatan

Tabel 7.7 Rencana keperawatan keluarga

N o	Tangga l	Diagnosa Keperawata n	Implementas i	Evaluasi Formati f	Para f

--	--	--	--	--	--

8) Evaluasi Intervensi Keperawatan

Tabel 7.8 Rencana keperawatan keluarga

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Evaluasi	Sumatif	Paraf

B. Konsep Dasar Keluarga dengan Tahap Perkembangan Anak Sekolah

1. Pengertian

Pada tahap tugas perkembangan anak sekolah dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai saat masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Menurut Duvall, (1988) menyatakan bahwa keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum dan siklus kehidupan keluarga dan tahap perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah (6-12 tahun), yaitu : (1) melakukan sosialisasi anak, termasuk meningkatkan prestasi di sekolah dan hubungan dengan teman sebaya, (2) mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, (3) memenuhi kebutuhan setiap anggota keluarga (seperti kebutuhan pakaian, makan dan minum, serta tempat tinggal), (4) mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual, (5) menyediakan aktivitas untuk anak. Setelah pemenuhan tugas perkembangan

keluarga, keluarga memiliki tugas kesehatan keluarga yang harus dipenuhi oleh anggota keluarga lainnya, apabila salah satu anggotanya mengalami sakit

Fase perkembangan anak sekolah umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktifitas sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas yang berbeda dengan anak. Untuk itu anak perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan.

Pada tahap perkembangan anak sekolah merupakan tahun-tahun yang sibuk. Kini anak-anak mempunyai keinginan dan kegiatan-kegiatan masing-masing, disamping kegiatan-kegiatan wajib dari sekolah dan dalam hidup, serta kegiatan-kegiatan orangtua sendiri. Setiap orang menjalani tugas-tugas perkembangannya sendiri-sendiri, sama seperti keluarga berupaya memenuhi tugas-tugas dan perkembangannya sendiri.

Menurut (Erikson, 1993) orang tua berjuang dengan tuntutan ganda yaitu berupaya mencari kepuasan dalam mengasuh generasi berikutnya (tugas perkembangan generativitas) dan memperhatikan perkembangan mereka sendiri, sementara anak-anak usia sekolah bekerja untuk mengembangkan *sense of industry*-kapasitas untuk menikmati pekerjaan dan mencoba menganggis perasaan rendah hati.

Tugas orangtua pada tahap ini adalah untuk belajar menghadapipisah dengan atau lebih sederhana membiarkan anak pergi. Lama kelamaan hubungan dengan teman sebaya dan kegiatan-kegiatan di luar rumah akan memainkan peranan yang lebih besar dalam kehidupan anak usia sekolah.

Tahun-tahun ini dipengaruhi oleh kegiatan-kegiatan keluarga, tapi ada juga kekuatan-kekuatan yang secara

perlahan mendorong anak tersebut pisah dari keluarga sebagai persiapan menuju masa remaja. Orangtua yang mempunyai perhatian di luar anak mereka akan merasa lebih mudah membuat perpisahan yang perlahan-lahan. Akan tetapi, dalam contoh-contoh dimana peran ibu merupakan central dan satu-satunya peran yang signifikan dalam kehidupan wanita, maka proses pisah ini merupakan sesuatu yang menyakitkan dan dipertahankan mati-matian.

Selama tahap ini orang tua merasakan tekanan yang luar biasa dari komunitas diluar rumah melalui sistem sekolah dan berbagai asosiasi di luar keluarga yang mengharuskan anak-anak mereka menyesuaikan diri dengan standar-standar komunitas bagi anak. Hal ini cenderung mempengaruhi keluarga-keluarga kelas menengah untuk kelas menengah menekan nilai-nilai tradisional pencapaian dan produktivitas, dan menyebabkan sejumlah keluarga dari kelas pekerja dan banyak keluarga miskin merasa tersingkir dari dan konflik dengan sekolah dan/atau nilai-nilai komunitas.

Kecacatan pada anak-anak akan diketahui selama periode kehidupan anak. Para perawat sekolah dan guru akan mendeteksi banyak defek penglihatan, pendengaran, wicara, selain sulit belajar gangguan tingkah laku, dan perawatan gigi yang tidak adekuat, penganiayaan anak, penyalahgunaan zat, dan penyakit-penyakit menular (Edelman et al., 2001). Bekerja dengan keluarga dengan peran sebagai konselor dan pendidik dalam bidang kesehatan, selain untuk memulai rujukan yang layak untuk skrining lanjutan, membutuhkan energi yang sangat banyak dari seorang perawat sekolah. Ia juga bertindak sebagai narasumber bagi guru sekolah, memungkinkan guru mampu menangani kebutuhan-kebutuhan kesehatan

individu atau yang telah lazim dari siswa-siswa secara efektif.

Ada banyak keadaan cacat yang terdeteksi selama tahun-tahun sekolah, termasuk epilepsi, serebral palsy, keterbatasan mental, kanker, kondisi ortopedik. Fungsi utama perawat kesehatan disini disamping fungsi rujukan, mengajar, dan memberikan konseling kepada orangtua mengenai kondisi tersebut akan membantu keluarga melakukan coping sehingga pengaruh yang merugikan dari cacat tersebut pada keluarga dapat diminimalkan.

Bagi anak-anak dengan masalah tingkah laku, perawat keluarga di sekolah, klinik, kantor dokter, dan lembaga-lembaga komunitas harus mengupayakan keterlibatan orangtua secara aktif. Memulai rujukan untuk konseling/terapi keluarga sering amat bermanfaat dalam membantu keluarga agar sadar akan masalah-masalah keluarga yang mungkin mempengaruhi anak usia sekolah secara merugikan. Jika orangtua dapat menata kembali masalah tingkah laku anak sebagai sebuah masalah keluarga dan berupaya mencari resolusi dengan fokus baru tersebut, akan tercapai lebih banyak fungsi-fungsi keluarga dan tingkah laku anak yang sehat (Tan et al., 2013).

2. Tugas-Tugas Perkembangan Anak Sekolah

Salah satu tugas orang tua yang sangat penting dalam mensosialisasikan anak pada saat ini meliputi meningkatkan prestasi anak di sekolah. Tugas keluarga yang signifikan lainnya adalah mempertahankan hubungan perkawinan yang bahagia. Sekali lagi dilaporkan bahwa kebahagiaan perkawinan selama tahap ini menurun. Dua buah penelitian yang besar menguatkan observasi ini Burr, (1970) : Rollins & Cannon, (1974) menyatakan bahwa perlunya meningkatkan komunikasi yang terbuka dan mendukung hubungan suami istri merupakan hal yang vital

dalam bekerja dengan keluarga dalam anak usia sekolah

Bukan hanya individu yang memiliki tahap perkembangan, keluarga pun memiliki tahap perkembangan dengan berbagai tugas perkembangan yang harus diselesaikan pada tahapnya. Ada perbedaan pembagian tahap perkembangan menurut Wilson, (1989) dan (Duvall, 1988).

Tabel 1. Perbedaan tahap perkembangan, sumber: Carter & McGoldrick, (1988), (Duvall, 1988).

Carter & McGoldrick (<i>family therapy perspective, 1989</i>)	Duvall (<i>sociologi perspective, 1985</i>)
Keluarga yang memiliki anak usia muda (anak usia bayi sampai anak usia sekolah)	1. Keluarga dengan anak baru lahir (usia anak tertua sampai 30 bulan) 2. Keluarga dengan anak pra sekolah (usia anak tertua 2 ¹ / ₂ - 5 tahun) 3. Keluarga dengan anak usia sekolah (usia anak tertua 6 - 12 tahun)

Setiap anak yang terlahir di dunia pada dasarnya seperti gelas yang kosong. Gelas tersebut kemudian akan terisi air sedikit demi sedikit hingga penuh. Demikian pula dengan anak yang waktu bayinya tidak mengerti apapun kemudian sedikit demi sedikit seiring dengan tingkat perkembangannya akan tahu segala sesuatu yang ada di dunia. Peran orang tua, guru, orang yang lebih dewasa lainnya serta lingkungan sangat berpengaruh besar dalam proses pembentukan konsep hidup anak dengan segala keunikannya.

Orang tua adalah model pertama bagi anak untuk bertutur dan bertindak sebelum mengenal pendidikan di bangku sekolah. Pendidikan informal yang diberikan oleh

orang tua di dalam keluarga menjadi sangat penting sebagai pondasi anak (Ibtida & Trianingsih, 2016). Suatu pembelajaran juga harus mampu menghadirkan makna yang mendalam bagi siswa sehingga memori jangka panjang dapat.

menangkap makna tersebut. Pengetahuan yang bermakna akan lebih diingat daripada pengetahuan yang hanya sekedar informasi.

Tabel 2. Tugas perkembangan keluarga sesuai tahap perkembangan

Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan (utama)
Keluarga dengan anak usia sekolah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat. 2. Mempertahankan keintiman pasangan 3. Memenuhi kebutuhan yang meningkat, termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.

Pada tahap ini orang tua belajar untuk berpisah dengan anaknya, memberikan kesempatan kepada anak untuk melakukan sosialisasi dengan orang lain dengan kelompok seumuran baik aktivitas di sekolah maupun di luar sekolah.

3. Peran Perawat Pada Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah

Periode usia sekolah merupakan periode klinis untuk penerimaan latihan perilaku dan kesehatan menuju kehidupan dewasa yang sehat. Jika tingkat kognisi

meningkat pada periode ini, pendidikan kesehatan yang efektif harus dikembangkan dengan tepat. Promosi praktek kesehatan yang baik merupakan tanggung jawab perawat.

Menurut (Marilynn M Friedman & Bowden, 2010) dalam (Siti Nur Kholifah, 2016), peran dan fungsi perawat di keluarga adalah :

Selain peran perawat keluarga di atas, ada juga peran perawat keluarga dalam pencegahan primer, sekunder dan tersier, sebagai berikut:

a. Pencegahan Primer

Peran perawat dalam pencegahan primer mempunyai peran yang penting dalam upaya pencegahan terjadinya penyakit dan memelihara hidup sehat.

b. Pencegahan sekunder

Upaya yang dilakukan oleh perawat adalah mendeteksi dini terjadinya penyakit pada kelompok risiko, diagnosis, dan penanganan segera yang dapat dilakukan oleh perawat. Penemuan kasus baru merupakan upaya pencegahan sekunder, sehingga segera dapat dilakukan tindakan. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah mengendalikan perkembangan penyakit dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Peran perawat adalah merujuk semua anggota keluarga untuk skrining, melakukan pemeriksaan, dan mengkaji riwayat kesehatan.

c. Pencegahan tersier

Peran perawat pada upaya pencegahan tersier ini bertujuan mengurangi luasnya dan keparahan masalah kesehatan, sehingga dapat meminimalkan ketidakmampuan dan memulihkan atau memelihara fungsi tubuh. Fokus utama adalah rehabilitasi.

Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka, sehingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial, emosional.

Pengembangan perilaku yang secara positif berpengaruh pada status kesehatan anak. Perawat dapat berperan untuk memenuhi tujuan kebijakan nasional dengan meningkatkan kebiasaan gaya hidup yang sehat termasuk nutrisi. Anak usia sekolah harus berpartisipasi dalam program pendidikan yang memungkinkan mereka untuk merencanakan, memilih dan menyajikan makanan yang sehat. Perawat juga mengikutsertakan orang tua tentang peningkatan kesehatan yang tepat bagi anak usia sekolah. Orang tua perlu mengenali pentingnya kunjungan pemeliharaan kesehatan.

4. Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah

a. Pengkajian

a. Pengumpulan data

- 1) Identitas keluarga
- 2) Riwayat dan Tahap Perkembangan keluarga
 - a) Tahap perkembangan keluarga saat ini.
 - b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.
 - c) Riwayat keluarga inti.
 - d) Riwayat keluarga sebelumnya.
- 3) Latar belakang budaya /kebiasaan keluarga
 - a) Kebiasaan makan.
 - b) Pemanfaatan fasilitas
 - c) Pengobatan tradisional
- 4) Status sosial ekonomi
 - a) Pendidikan

- b) Pekerjaan dan penghasilan
- 5) Tingkat perkembangan dan riwayat keluarga
- 6) Aktifitas
- 7) Data lingkungan
 - a) Karakteristik rumah
 - b) Karakteristik lingkungan
- 8) Struktur keluarga
 - a) Pola komunikasi
 - b) Struktur kekuasaan
 - c) Struktur peran
- 9) Fungsi keluarga
 - a) Fungsi afektif
 - b) Fungsi sosialisasi
 - c) Fungsi kesehatan
 - d) Fungsi reproduksi
 - e) Fungsi ekonomi
- 10) Pola istirahat tidur
- 11) Stress koping dan keluarga
 - a) Stressor jangka pendek dan panjang
 - b) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor
 - c) Strategi koping yang digunakan
 - d) Strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang dapat digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik.

c. Pengkajian Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW
- 3) Mobilitas geografis keluarga

- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - 5) Sistem pendukung keluarga
- d. Pengkajian Anak Sekolah
- 1) Bagaimana karakteristik teman bermain
 - 2) Bagaimana lingkungan bermain
 - 3) Berapa lama anak menghabiskan waktunya disekolah
 - 4) Bagaimana stimulasi terhadap tumbuh kembang anak dan adakah sarana yang dimilikinya
 - 5) Bagaimana tempramen anak saat ini
 - 6) Bagaimana pola anak jika menginginkan sesuatu barang
 - 7) Bagaimana pola orang tua menghadapi permintaan anak
 - 8) Bagaimana prestasi anak yang dicapai saat ini
 - 9) Kegiatan apa yang diikuti anak selain di sekolah
 - 10) Sudahkan memperoleh imunisasi ulang selama di sekolah
 - 11) Pernahkah mendapat kecelakaan selama disekolah atau dirumah saat bermain.
 - 12) Adakah penyakit yang muncul dan dialami anak selama masa ini.
 - 13) Adakah sumber bacaan lain selain buku sekolah dan apa jenisnya.
 - 14) Bagaimana pola anak memanfaatkan waktu luangnya
 - 15) Bagaimana pelaksanaan tugas dan fungsi keluarga
- e. Harapan Keluarga
- Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap tugas kesehatan yang ada.

b. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga pada tahap

perkembangan anak sekolah yang dapat muncul terdapat dua sifat, yaitu:

1. Berhubungan dengan anak, dengan tujuan agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai usia anak.
2. Berhubungan dengan keluarga, dengan etiologi berpedoman pada lima tugas keluarga yang bertujuan agar keluarga memahami dan memfasilitasi perkembangan anak.

Masalah yang dapat digunakan untuk perumusan diagnosa keperawatan keluarga pada tahap perkembangan anak sekolah yaitu:

1. Masalah aktual/ risiko
 - Gangguan pemenuhan nutrisi: lebih atau kurang dari kebutuhan tubuh.
 - Menarik diri dari lingkungan sosial
 - Ketidakberdayaan mengerjakan tugas sekolah
 - Mudah dan sering marah
 - Menurunnya atau berkurangnya minat terhadap tugas sekolah yang dibebankan
 - Berontak/ menentang terhadap peraturan keluarga
 - Keengganan melakukan kewajiban agama (sholat, berdo'a, pergi ke tempat ibadah).
 - Ketidakmampuan berkomunikasi secara verbal
 - Gangguan komunikasi verbal
 - Gangguan pemenuhan kebersihan diri (akibat banyak waktu yang digunakan untuk bermain)
2. Potensial atau sejahtera
 - Meningkatkan kemandirian anak
 - Peningkatan daya tahan tubuh
 - Hubungan dalam keluarga yang harmonis

- Terpenuhinya kebutuhan anak sesuai tugas perkembangannya
- Pemeliharaan kesehatan yang optimal.

c. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel. 3 Rencana asuhan keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	10 Sept 2021	Aktual : Perubahan hubungan keluarga yang berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anak yang sakit.	Hubungan keluarga meningkat menjadi harmonis dengan dukungan yang adekuat	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan tentang tugas keluarga • Diskusikan bahaya jika hubungan keluarga tidak harmonis saat anggota keluarga sakit • Kaji sumber dukungan keluarga yang ada di sekitar keluarga • Ajarkan anggota keluarga memberikan dukungan terhadap upaya pertolongan yang telah dilakukan • Ajarkan cara merawat anak dirumah • Rujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai kemampuan keluarga

2.	10 Sept 2021	Resiko/ risiko tinggi : Risiko tinggi hubungan keluarga tidak harmonis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah yang terjadi pada anaknya	Ketidakharmonisan keluarga menurun	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan faktor penyebab ketidak harmonisan keluarga • Diskusikan tentang tugas perkembangan keluarga • Diskusikan tentang tugas perkembangan anak yang harus dijalani • Diskusikan cara mengatasi masalah yang akan terjadi anak • Diskusikan tentang alternatif mengurangi atau menyelesaikan masalah yang terjadi • Ajarkan cara mengurangi atau menyelesaikan masalah • Beri pujian bila keluarga dapat mengenali penyebab atau mampu membantu menemukan pemecahan masalah dengan jalan alternatif.
----	--------------	---	------------------------------------	---

3.	10 Sept 2021	Potensial/ sejahtera : Meningkatkan hubungan yang harmonis antara anggota keluarga	Dipertahankan hubungan yang harmonis	<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan untuk mempertahankan pola komunikasi terbuka pada keluarga • Diskusikan cara-cara penyelesaian masalah dan beri pujian atas kemampuannya • Bantu keluarga mengenali kebutuhan anggota keluarga (anak usia sekolah) • Diskusikan cara memenuhi kebutuhan anggota keluarga tanpa menimbulkan masalah
----	-----------------	---	--	--

REFERENSI

- Alender, J. A., & Sradley, B. W. (2005). *Community Health Nursing: Promoting and Protection The Public Health, 6 th edition*. USA. Lippincot Williams & Wilkins.
- Burr, W. R. (1970). Satisfaction With Various Aspects of Marriage Over The Life Cycle: A Random Middle Class Sample. *Journal of Marriage and the Family*, 29–37.
- Carter, B. E., & McGoldrick, M. E. (1988). *The Changing Family Life Cycle: A Framework For Family Therapy*. Gardner Press.
- Duvall, E. M. (1988). Family Development's First Forty Years. *Family Relations*, 127–134.
- Edelman, C. L., Mandle, C. L., Kazer, M. W., & Fulmer, T. T. (2001). *Health Promotion Throughout The Lifespan*. Wallace, M. Fulmer, T. & Edelman, C.(2001). Older Adult. In *Health Promotion* .
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and Society*. WW Norton & Company.
- Friedman, Marilyn M, Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family Nursing: Reseach, Theory and Practice*.
- Friedman, Marilynn M, & Bowden, V. R. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hurlock. (1999). Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. *Jakarta: Erlangga*, 207–209.
- Ibtida, A., & Trianingsih, R. (2016). Pengantar Praktik Mendidik Anak Usia Sekolah Dasar. *Pengantar Praktik Mendidik Al Ibtida*, 3(2), 197–211.

- Infodatin, R. (2017). Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja. In *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. FA Davis.
- Maglaya. (2009). *Family Health Nursing: The Proses*. Argonauta Corpotaion : Nangka Marikina.
- McMurray, A., & Clendon, J. (2003). Community Health and Wellness. *A Socioecological Approach*. 2nd Ed. Mosby.
- Potter, P. A. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, vol. 2.
- Rollins, B. C., & Cannon, K. L. (1974). Marital Satisfaction Over The Family Life Cycle: A Reevaluation. *Journal of Marriage and the Family*, 271–282.
- Siti Nur Kholifah, W. W. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Keluarga dan Komunitas* (A. A. Perdana (ed.); Vol. 148). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community & public health nursing*. Mosby St. Louis.
- Tan, J. H., Ismanto, A. Y., & Babakal, A. (2013). Hubungan Antara Dukungan Orang Tua dengan Motivasi Belajar pada Anak Usia Sekolah Kelas IV dan V di SD Negeri Kawangkoan Kalawat. *Jurnal Keperawatan*, 1(1).
- Titih Huriah; Nina Dwi Lestari. (2021). *Keperawatan Keluarga Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga* (Budi Nugroho (ed.); 1st ed.). UMY Press.
- Wilson, M. N. (1989). Child Development in The Context of The Black Extended Family. *American Psychologist*, 44(2), 380.
- Wong, D. L. (2009). *Buku ajar Keperawatan Pediatrik Vol 1*.

PROFIL PENULIS

Nessy Anggun Primasari, S.Kep, Ns., M.Kep.

Nessy Anggun Primasari, S.Kep, Ns., M.Kep. adalah dosen di Program Studi Keperawatan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta. Penulis dilahirkan di Surabaya, 11 Desember 1989. Penulis menempuh pendidikan D-III Akademi Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Surabaya lulus tahun 2011, kemudian penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Profesi Ners pada tahun 2014 di Universitas Airlangga Surabaya. Pada tahun 2019 penulis menyelesaikan pendidikan Magister peminatan Komunitas di Universitas Airlangga Surabaya. Beberapa karya ilmiah penelitian dan buku yang telah di publikasikan terkait tentang komunitas dan penelitian seperti Buku Modul Pemberdayaan Keluarga Berbasis Keyakinan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS (2019), Buku Panduan Pembuatan *Literature Review* (2020), dan menulis artikel di beberapa jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional. Beberapa karya ilmiah berupa riset keperawatan keluarga dan komunitas yang telah dipublikasikan diantaranya *Determinants of Stigma Attitude Among People Living with HIV*, Juni 2019, Pemberdayaan Keluarga Berbasis Keyakinan Terhadap Health Related Quality Of Life Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS, Desember 2019, *Factors Associated with Knowledge, Attitude and Behavior of Condom Use among Women Living with HIV AIDS* Oktober tahun 2019.



Email Penulis: nessyanggunprimasari@gmail.com

BAB 8

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA LANSIA

(Noviany B. Rasiman, S.Kep, Ns., M.N.S)

STIK Indonesia Jaya; Jl, Towua No. 114; 0813411153002
ophynkrasiman@gmail.com

A. Konsep dan Batasan Usia Pada Lanjut Usia

1. Konsep Lanjut Usia

Ketika kita berpikir tentang keluarga yang menua, kita sering memikirkan individu atau pasangan yang berusia lebih dari 65 tahun. Mereka merupakan bagian dalam sistem keluarga yang lebih besar yang mencakup generasi yang berbeda. Contohnya, saat ini masih ada beberapa pasangan berusia 65 tahun saat ini mungkin adalah pengantin baru dan memiliki orang tua yang masih hidup. Mereka mungkin benar-benar sehat tanpa kondisi kronis dan menghabiskan sebagian waktu keluarga mereka untuk menghidupi diri sendiri dan orang lain. Sebaliknya, ada juga yang saat ini orang berusia 75 tahun mungkin menjadi janda/duda dan terisolasi dari dukungan sosial lainnya, mungkin memiliki beberapa kondisi kronis, mengalami beberapa keterbatasan dalam aktivitas hidup sehari-hari (ADL), dan membutuhkan bantuan yang signifikan dari orang lain ataupun keluarga. Dalam kedua kasus tersebut, jika orang berusia 75 tahun memiliki anak, kemungkinan besar mereka adalah kakek-nenek dan bahkan buyut, dan mereka mungkin menjadi pengasuh utama satu atau lebih dari cucu-cucu mereka. Jika bantuan diperlukan, itu akan datang paling sering dari anggota keluarga. Ketika orang dewasa yang lebih tua membutuhkan perawatan, baik di rumah, di rumah sakit,

atau dalam berbagai kondisi perawatan jangka panjang, maka keluarga akan berperan paling besar dalam perawatan. Beberapa anggota keluarga akan menjadi pemimpin aktif dalam perawatan itu, sedangkan yang lain akan membutuhkan dukungan substansial dari perawat dan profesional lainnya. Sebagian kecil dari orang dewasa yang lebih tua akan memiliki ikatan sosial yang lemah dan mungkin terisolasi dari keluarga dan teman-teman saat diusia tua. (Kaakinen et al., 2010)

Defenisi secara umum dapat dikatakan seseorang yang lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun keatas. Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut usia dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan. (Effendi, n.d.)



Gambar 1: Lansia produktif

Sumber: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20160529/5815019/lansia-sehat-lansia-aktif-mandiri-dan-produktif/> diakses Agustus25, 2021

Jumlah lansia di Indonesia makin bertambah banyak dan pada tahun 2007 diperkirakan berkisar 18 juta orang, pada tahun 2015 bertambah lagi sehingga jumlahnya akan sama dengan jumlah balita, pada tahun 2020 diperkirakan

jumlah lansia akan melebihi jumlah balita, pada tahun 2025 Indonesia akan menduduki peringkat negara ke-4 di dunia dengan jumlah populasi lansia setelah RRC, India, dan Amerika Serikat. Sesuai budaya bangsa Indonesia lansia harus mendapat tempat yang tertinggi, dihormati, dihargai, diperhatikan, dikasihi, dan dianggap sebagai *pepunden*. Pandangan ini harus dipupuk dan dilestarikan dalam kehidupan masyarakat karena lansia dianggap memiliki pengetahuan, pengalaman, dan kearifan, yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat yang lebih muda. (Nugroho, 2009)

2. Batasan Umur Lanjut Usia

Ketetapan seseorang dikatakan lanjut usia sangat beragam/bervariasi, hal ini karena setiap negara memiliki kriteria dan standar yang berbeda-beda. Di negara kita Indonesia, seseorang disebut lanjut usia jikalau ia telah memasuki atau mencapai usia 60 tahun keatas. (Indonesia, 1998)

Pembagian menurut beberapa ahli tentang batasan umur pada lanjut usia (Nugroho, 2009):

- a. Menurut *World Health Organization* (WHO), klasifikasi lansia adalah usia pertengahan (*middle age*) 45-49 tahun, lansia (*elderly*) 60-74 tahun, lansia tua (*old*) 75-90 tahun, dan lansia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.
- b. Menurut Prof. Dr. Ny. Sumiati Ahmad Mohammad (Guru Besar Faked UGM membagi periode biologis perkembangan manusia yang dianggap lansia sebagai *prasenium* (40-65 tahun) dan *senium* atau lansia (65 tahun keatas).
- c. Menurut Dra. Ny. Jos Masdani (Psikolog, UI) mengatakan bahwa lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian:
 - Fase *iuventus* (25-40 tahun)

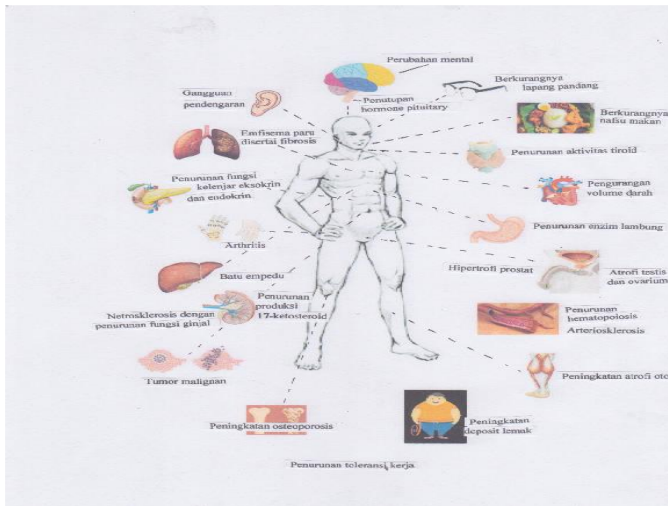
- Fase *verilintas* (40-50 tahun)
 - Fase *prasenium* (55-65 tahun)
 - Fase *senium* (65 tahun hingga tutup usia)
- d. Menurut Prof. Dr. Koesoemanto, SpKJ, individu lansia adalah yang berusia lebih dari 65/70 tahun.
- e. Menurut Bee (1996), tahap lansia dimulai dari masa dewasa lanjut (65-75 tahun) sampai dewasa sangat lanjut (>75 tahun)
- f. Hurlock (1979) membedakan lansia dalam dua tahun yakni *early old age* (60-70 tahun) dan *advanced old age* (> 70 tahun)
- g. Menurut Burnside (1979) tahapan lansia meliputi:
- *Young old* (60-69 tahun)
 - *Middle age old* (70-79 tahun)
 - *Old-old* (80-89 tahun)
 - *Very old-old* (> 90 tahun)
- h. Sumber lain mengemukakan pengelompokan umur berikut:
- 60-65 tahun (*elderly*)
 - >65-75 tahun (*junior old age*)
 - >75-90 tahun (*formal old age*)
 - >90-120 tahun (*longevity old age*)

Bila dilihat dari pembagian umur menurut beberapa ahli tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa yang disebut lansia adalah orang yang telah berumur 65 tahun keatas. Namun di Indonesia batasan lanjut usia adalah usia 60 tahun keatas.

3. Perubahan Sistem Tubuh Lansia

Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. (Kholifah, 2016).

Adapun perubahan-perubahan tersebut:



Gambar 2. Bagian-bagian tubuh dengan penurunan kapasitas fungsional

1) Perubahan Fisiologis

Terdapat banyak perubahan fisiologis yang normal pada lansia. Perubahan ini tidak bersifat patologis, tetapi dapat membuat lansia lebih rentan terhadap beberapa penyakit.

Tabel 1: Perubahan Fisiologis yang umum ditemukan pada lansia

Sistem	Perubahan umum yang ditemukan
Kulit	Hilangnya elastisitas kulit (kerut, kendur, kering, mudah luka), perubahan pigmentasi, atrofi kelenjar (minyak, kelembaban, kelenjar keringat), penipisan rambut (rambut, wajah: berkurang pada pria, meningkat pada wanita), pertumbuhan kuku lambat, atrofi arteriol epidermis.
Respirasi	Penurunan reflex batuk; pengeluaran lender, debu, iritan saluran napas

	berkurang (penurunan jumlah silia); penurunan kapasitas vital paru (pelebaran diameter dada antero-posterior); peningkatan kekuatan dinding dada; alveoli lebih sedikit, peningkatan resistensi saluran napas; peningkatan infeksi saluran napas.
Kardiovaskuler	Penebalan dinding pembuluh darah; penyempitan lumen pembuluh darah; penurunan elastisitas pembuluh darah; penurunan curah jantung (cardiac-output); penurunan jumlah serat otot baroreseptor; penurunan efisiensi katup vena; peningkatan tekanan vascular paru; peningkatan tekanan darah sistolik; penurunan sirkulasi perifer.
Gastrointestinal	Penyakit periodontal; penurunan saliva, sekresi lambung dan enzim pancreas; perubahan otot polos dengan penurunan peristaltik esophagus dan penurunan motilitas, usus halus.
Muskuloskeletal	Penurunan massa dan kekuatan otot, dekalsifikasi tulang, perubahan sendi degenerative, dehidrasi pada diskus intervertebralis (penurunan panjang)
Neurologis sensori	Degenerasi sel saraf, penurunan neurotransmitter, penurunan konduksi impuls
Mata	Penurunan daya akomodasi mata (presbiopia), penurunan adaptasi terang-gelap, lensa mata menguning, perubahan persepsi warna, peningkatan sensitivitas terhadap aberasi cahaya,

	pupil lebih kecil
Telinga	Kehilangan pendengaran untuk frekuensi nada tinggi (presbikusis), penebalan membrane timpani, skeloris telinga bagian dalam, penumpukan serumen.
Lidah	Kemampuan mengecap biasanya menurun, papil perasa berkurang
Hidung	Kemampuan menghidu biasanya menurun
Sentuhan	Penurunan jumlah reseptor kulit
Propriosepsi	Penurunan fungsi sensasi akan posisi tubuh
Urogenital	Nefron berkurang, penurunan 50% aliran darah ginjal pada usia 80 tahun, penurunan kapasitas kandung kemih
Pria	Pembesaran prostat
Wanita	Penurunan tonus sfingter
Reproduksi Pria	Penurunan jumlah sperma, testis mengecil, ereksi berkurang dan melambat
Reproduksi wanita	Penurunan produksi estrogen, degenerasi ovarium, atrofi vagina, uterus, dan payudara
Endokrin	Perubahan produksi hormone dengan penurunan kemampuan respons terhadap stress, penurunan sekresi tiroid, involusi kelenjar timus, peningkatan hormon antiradang, peningkatan fibrosis, penurunan sekresi enzim dan hormone.

2) Perubahan Fungsional

Status fungsional lansia biasanya merujuk kepada kemampuan dan perilaku yang aman dalam aktivitas harian (ADL). Ini juga merupakan indikator yang sensitif bagi kesehatan atau penyakit pada lansia. ADL sangat penting untuk menentukan kemandirian, oleh karena itu pengkajian cermat tentang cara pelaksanaan suatu tugas sangat penting. Perubahan yang mendadak dalam ADL merupakan tanda penyakit akut atau perburukan masalah kronis. Pneumonia, infeksi saluran kemih, dehidrasi, gangguan elektrolit, dan delirium adalah contoh penyakit kronis dengan perubahan fungsi adalah diabetes, penyakit kardiovaskuler, atau penyakit paru-paru kronis.

3) Perubahan Kognitif

Beberapa perubahan struktur dan fisiologis otak yang dihubungkan dengan gangguan kognitif (penurunan jumlah sel, deposisi lipofusin dan amiloid pada sel, dan perubahan kadar neurotransmitter) terjadi pada lansia yang mengalami gangguan kognitif maupun tidak. Gejala gangguan kognitif seperti disorientasi, kehilangan keterampilan berbahasa dan berhitung, serta penilaian yang buruk bukan merupakan proses penuaan yang normal sehingga harus diselidiki penyebabnya. Tiga kondisi utama yang mempengaruhi kognisi lansia adalah;

- Delirium: gangguan kognitif yang reversible dan biasanya disebabkan oleh faktor fisiologis (gangguan elektrolit, anoksia serebral, hipoglikemia, pengobatan, efek obat, tumor, hematoma subdural, infeksi serebrovaskuler, infark, ataupun pendarahan serebrovaskuler) dan factor lingkungan seperti deficit sensorik, lingkungan yang asing, atau factor psikososial seperti stress emosional dan nyeri.
- Demensia: gangguan intelektual yang menghambat fungsi kerja dan sosial. Demensia merupakan disfungsi

serebral yang tidak reversible dan bersifat progresif perlahan. Empat jenis demensia yaitu Alzheimer (50%), penyakit Lewy Body (DLBD) (15%), demensia frontal-temporal (15%), dan demensia vaskular (10%).

- Depresi: ini bukan merupakan proses penuaan yang normal, melainkan penyakit medis yang dapat ditangani. Prevalensinya berkisar antara 10-15% pada lansia dikomunitas.

4) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial selama proses penuaan akan melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan.

- Masa pensiun: masa ini merupakan tahap kehidupan yang ditandai transisi dan perubahan peran. Stres psikososial pada masa pensiun biasanya berhubungan dengan perubahan peran pada pasangan atau didalam keluarga dan hilangnya peran kerja.
- Isolasi sosial: kerentanan lansia terhadap isolasi akan bertambah jika tidak ada dukungan pada dewasa lain, seperti yang terjadi pada kehilangan peran kerja atau relokasi ke lingkungan yang asing. Gangguan pendengaran, penglihatan, dan mobilitas (misalnya: gangguan ambulasi, tidak mampu menggunakan alat bantu sendiri, atau ketidakmampuan berkendara) berperan terhadap menurunnya interaksi dengan orang lain sehingga lansia beresiko mengalami isolasi sosial.
- Seksualitas: semua lansia baik sehat maupun sakit, merasakan kebutuhan untuk mengekspresikan perasaan seksual. Seksualitas melibatkan cinta, kehangatan, saling berbagi, dan sentuhan. Hal ini tidak hanya berputar pada hubungan seks. Seksualitas dihubungkan dengan identitas dan mengakui anggapan bahwa individu mampu memberi kepada orang lain dan mendapat penghargaan atas pemberiannya tersebut.

- Rumah dan lingkungan: tempat tinggal dan lingkungan memiliki dampak besar bagi kesehatan lansia. Lingkungan dapat mendukung atau menghambat fungsi fisik dan sosial, meningkatkan atau mengkonsumsi energi, dan meningkatkan atau memperburuk perubahan fisik, seperti penglihatan dan pendengaran.
- Kematian: pengalaman kehilangan melalui kematian kerabat dan teman merupakan bagian sejarah kehidupan yang dialami lansia. Lansia memiliki berbagai sikap dan anggapan tentang kematian, tetapi mereka jarang memiliki perasaan takut terhadap kematian dirinya sendiri.

B. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia

1. Tujuan Dan Fokus Asuhan Keperawatan Lansia

Asuhan keperawatan lansia bertujuan untuk membuat lansia dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan, sehingga mereka dapat memiliki ketentraman hidup dan tetap bias produktif sampai akhir usia mereka.

Fokus asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia untuk peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengoptimalan fungsi mental dan fisik, serta mengajarkan lansia bagaimana mengatasi gangguan kesehatan yang umum yang terjadi pada lansia. Intervensi keperawatan yang direncanakan untuk mengatasi gangguan kesehatan sebagai akibat mekanisme adaptasi yang tidak efektif. Pendekatan yang dipakai yaitu pendekatan proses keperawatan (bio, psiko, sosial, spiritual)

2. Peranan Keluarga Dalam Perawatan Lansia

Peranan keluarga dalam merawat lansia sangat diperlukan, terlebih lansia yang masih menetap dan tinggal

bersama anggota keluarga (anak).

a. Peran keluarga dalam merawat lansia

- Menjaga dan merawat kondisi fisik anggota keluarga yang berusia lanjut agar tetap dalam keadaan produktif secara jasmani dan rohani
- Mempertahankan dan meningkatkan status mental lansia
- Mengantisipasi adanya perubahan sosial dan ekonomi pada lansia
- Memotivasi dan memfasilitasi lansia untuk memenuhi kebutuhan spiritual, sehingga ketakwaan lansia kepada Tuhan Yang Maha Esa meningkat

b. Tugas perkembangan keluarga dengan lansia

- Mengenal masalah kesehatan lansia
- Mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan lansia
- Merawat anggota keluarga lansia
- Memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis sehingga lansia dapat beradaptasi terhadap proses penuaan
- Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dan sosial dengan tepat sesuai dengan kebutuhan lansia

c. Alasan lansia perlu dirawat dilingkungan keluarga

- Keluarga merupakan unit pelayanan keperawatan dasar
- Tempat tinggal bersama keluarga merupakan lingkungan yang alamiah dan damai bagi lansia, jika keluarga tersebut bias menciptakan hubungan yang harmonis
- Kesejahteraan dan kemampuan keluarga untuk menentukan pilihan merupakan prinsip-prinsip untuk mengarah kepada pengambilan keputusan
- Pengambilan keputusan yang terkait dengan kesehatan keluarga adalah proses aktif yang

merupakan kesepakatan antara keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan

- Perawat kesehatan masyarakat memberikan pelayanan kesehatan utama kepada keluarga untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan
- Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier dilakukan apabila perawatn kesehatan dilakukan oleh keluarga dengan bimbingan tenaga kesehatan
- Proses keperawatan dapat memfasilitasi pengambilan keputusan yang terkait dengan kesehatan
- Kontrak keluarga dan perawat dalam pelayanan keperawatan merupakan cara yang efektif untuk mencapai tujuan
- Konseling dan pendidikan kesehatan merupakan cara untuk mengarahkan interaksi keluarga dan perawat
- Pelayanan keperawatan yang dilakukan di rumah oleh keluarga atau lansia, dengan perawat ahli pemberi pelayanan, konselor, pendidik, pengelola, fasilitator, dan coordinator pelayanan kepada lansia

d. Langkah-langkah dalam perawatan keluarga dengan lansia

- Mengadakan hubungan kerja sama yang baik dengan keluarga. Langkah pertama dimulai dengan melakukan kontrak pada keluarga, menyampaikan minat untuk membantu keluarga, menyatakan atau menunjukkan kesediaan membantu memenuhi kebutuhan-kebutuhan kesehatan yang dirasakan oleh klien, serta mempertahankan komunikasi dua arah dengan keluarga
- Melaksanakan pengkajian tahap pertama dalam menentukan masalah kesehatan
- Menggolongkan masalah kesehatan dalam ancaman kesehatan, tidak sehat/kurang sehat, dan keadaan

krisis yang dapat diketahui

- Menentukan sifat dan luasnya kesanggupan keluarga untuk melaksanakan tugas-tugas kesehatan terhadap masalah kesehatan yang ada pada poin ke-3 diatas, kemudian merumuskan diagnosis keperawatan keluarga yang tepat
 - Cara menentukan prioritas masalah kesehatan dari daftar masalah kesehatan: mempertimbangkan sifat masalah, menilai kemungkinan-kemungkinan untuk mengubah masalah, menilai potensi-potensi yang dapat dilakukan untuk menghindari masalah, menilai persepsi keluarga terhadap sifat masalah (dalam hal berat dan mendesaknya) sehingga memerlukan tindakan segera
 - Menyusun masalah sesuai prioritas
 - Menentukan masalah mana yang harus dilaksanakan sesuai prioritas
 - Menetapkan tujuan yang nyata dan dapat diukur bersama dengan keluarga
 - Merencanakan pendekatan, tindakan, kriteria, dan standar untuk evaluasi
 - Mengimplementasikan rencana keperawatan
 - Mengevaluasi keberhasilan dari aspek-aspek rencana perawatan yang telah dilaksanakan
 - Meninjau kembali masalah perawatan dan membuat rumusan baru mengenai sasaran sesuai dengan hasil evaluasi
- e. Masalah-masalah kesehatan yang dapat muncul pada keluarga dengan lansia
- Ancaman kesehatan: risiko terjadinya cedera atau bahaya fisik, risiko terjadinya kekurangan atau kelebihan nutrisi
 - Keadaan kurang sehat/tidak sehat. Lansia dalam

keluarga yang mengalami penyakit diabetes mellitus, hipertensi, arthritis, penyakit jantung, kanker, penyakit ginjal, penyakit paru obstruksi menahun, penyakit kulit, kasus fraktur atau luka, lansia dengan menarik diri atau isolasi sosial, kasus depresi, dan koping yang tidak efektif

- Krisis, lansia yang memasuki masa pension atau kehilangan pekerjaan, kesepian karena ditinggal pasangan hidup (suami atau istri), dan kesepian karena anak sudah berkeluarga.

C. Peran Perawat dalam Perawatan Pada Lansia

1. Pencegahan Primer

Meningkatkan kesehatan dengan secara rutin berinteraksi dengan perawat, baik klinik maupun dirumah, memberikan informasi mengenai sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan, membuat klien dan keluarga sadar akan pilihan terhadap sumber-sumber yang tersedia, melibatkan klien dalam perkumpulan di masyarakat, serta mengajarkan klien untuk bertanggung jawab atas dirinya dalam kesehatan

2. Pencegahan Sekunder

Melaporkan penemuan kasus dan melakukan pendekatan untuk merujuk, mengkaji respons terhadap sakit dan kesesuaiannya dengan terapi, memberikan informasi tentang obat-obatan dan terapi, memberikan nasihat kepada klien dan anggota keluarga, serta mengidentifikasi adanya atau ancaman penyakit

3. Pencegahan Tersier

Dimulai dengan strategi rehabilitasi selama fase sakit, mempertahankan komunikasi dengan jaringan kemasyarakatan, membantu pelayanan tindak lanjut (follow up), memberikan program konsultasi dan

pendidikan sebagai tanggung jawabnya terhadap perawatan lansia, memberikan dukungan legislasi, dan kebijaksanaan yang dapat member dampak positif terhadap lansia. (Mubarak et al., 2009)

REFERENSI

- Effendi, F. (n.d.). Makhfudli., 2013. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori Dan Praktik Dalam Keperawatan: Jakarta*. Indonesia, R. (1998). Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia. *Sekretariat Negara Republik Indonesia. Jakarta*.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Hanson, S. M. H., & Coehlo, D. P. (2010). Family health care nursing. *Theory, Practice, and Research*.(4. Auflage). Philadelphia: FA Davis Co.
- Kholifah, S. N. (2016). *Keperawatan Gerontik. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Bidang Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan*.
- Mubarak, W. I., Nurul, C., & Bambang, A. S. (2009). *Ilmu keperawatan komunitas konsep dan aplikasi. Jilid 2*. Salemba Medika, Jakarta.
- Nugroho, H. W. (2009). *Komunikasi dalam keperawatan gerontik*.

PROFIL PENULIS

Ns. Noviany Banne Rasiman, M.N.S

Lahir di Palu tanggal 11 November 1983, anak perempuan satu-satunya dari lima bersaudara, saat ini berdomisili di Kota Palu, Sulawesi Tengah. Lulus S2 Keperawatan bidang keperawatan keluarga dan komunitas dari Kasetsart University, Bangkok, Thailand tahun 2016, saat ini menjadi dosen tetap pada Institusi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan



Indonesia Jaya sejak tahun 2010. Aktif dalam kegiatan pengabdian masyarakat khususnya didaerah-daerah terpencil yang ada di Sulawesi Tengah bersama mahasiswa sebagai pencapaian kompetensi dan pelaksanaan tridharma perguruan tinggi. Penulisan Buku ini merupakan pengalaman pertama bagi saya, semoga buku ini sebagai awal yang baik untuk tetap semangat menghasilkan karya tulis dalam bentuk buku-buku khususnya dalam bidang keperawatan.

Latihan tanpa diiringi kemauan yang kuat hanya akan menghasilkan imajinasi saja, oleh karena itu dua aspek ini harus menjadi satu kesatuan yang utuh agar tercipta sebuah karya yang bermanfaat untuk dijadikan acuan bagi seorang pembaca. Secara pribadi sayapun masih perlu banyak belajar untuk terus mengembangkan tulisan ini, sehingga karya berikutnya yang akan dihasilkan dan diciptakan akan lebih baik dari karya yang sebelumnya.

Email Penulis: ophynkrasiman@gmail.com

BAB 9

TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA

(Dely Maria P, S.Kep., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom)

Fakultas Vokasi Keperawatan UKI, Email:
delymariap@gmail.com, Hp:081283112397)

A. Terapi Modalitas dan Komplementer

Terapi modalitas merupakan terapi yang merubah kebiasaan seseorang menjadi lebih produktif dan menjalani kehidupan yang lebih sehat. Terapi modalitas menjadi salah satu cara bagi perawat untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dengan menggunakan diri sendiri sebagai alat atau media penyembuh dalam rangka menolong orang lain, kelompok atau masyarakat dari masalah kesehatan. Terapi modalitas adalah suatu sarana penyembuhan yang diterapkan pada pasien dengan tanpa disadari dapat menimbulkan respons tubuh berupa energi sehingga mendapatkan efek penyembuhan (Starkey, 2004). Terapi modalitas merupakan suatu teknik terapi dengan menggunakan pendekatan secara spesifik dan sistem psikus yang keberhasilannya sangat tergantung pada adanya komunikasi atau perilaku timbal balik antara pasien dan terapis. Terapi yang diberikan dalam upaya mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif.

Perawat keluarga yang berada di *setting* masyarakat harus menyadari dan mengetahui berbagai macam terapi komplementer dan modalitas yang diyakini keluarga dapat meningkatkan kesehatan, meningkatkan kesembuhan atau berkontribusi pada kesehatan anggota keluarga yang sakit (Lundy&Janes, 2009). Berdasarkan pemahaman keperawatan holistik, seorang perawat memandang klien/ keluarga secara utuh yang terdiri dari bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. *American Holistic Nurses Assosiation*, mendeskripsikan

keperawatan holistik sebagai praktik keperawatan khusus, seorang perawat menggunakan pengetahuan, teori, keahlian dan intuisi sebagai pedoman perawat memberikan keperawatan terapeutik kepada orang. Perawat holistik dapat menggabungkan terapi komplementer/alternative/modalitas kedalam praktik klinis untuk memenuhi kebutuhan fisiologi, psikologi dan spiritual orang (Lundy&Janes, 2009). Hal ini yang menjadi kerangka dasar seorang perawat menerapkan terapi komplementer, alternatif dan modalitas kepada keluarga. Selain itu, seorang perawat harus menyadari apakah terapi komplementer, alternatif dan modalitas yang diyakini keluarga atau yang diberikan kepada klien/keluarga tersebut memiliki efek samping dan tidak efektif bila digunakan secara mandiri atau dikombinasikan dengan terapi yang lain (misalnya terapi medis).

Terapi komplementer dan modalitas yang dapat diberikan kepada klien/keluarga jenisnya bermacam-macam. Menurut jenis pelayanan pengobatan komplementer-alternatif berdasarkan Permenkes RI No.1109/Menkes/Per/2007 terdapat enam jenis yaitu intervensi tubuh dan pikiran (*mind and body interventions*), sistem pelayanan pengobatan alternatif, cara penyembuhan manual, pengobatan farmakologi dan biologi, diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan serta cara lain dalam diagnosa dan pengobatan (<http://yanmedik.depkes.go.id>, 2010). Sedangkan menurut *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), terdapat lima jenis terapi yaitu *mind and body therapies, biologically based therapies, manipulative and bodybased therapies, energy therapies, system of care*.

1. Terapi Modalitas Akupresur

Akupresur merupakan teknik sentuh pada pengobatan tradisional china (*Traditional Chinese Medicine/TCM*). Akupresur juga bagian integral dari praktek shiatsu, tui, na tsubo, jitsyu dan jin ju si. Gach (1990) dalam Snyder&Lindquist (2010) mendefinisikan akupresur sebagai seni penyembuhan kuno yang menggunakan jari untuk menekan titik-titik tertentu pada tubuh untuk merangsang kemampuan penyembuhan (kuratif) tubuh itu sendiri.

Jwing-Ming (1992) dalam Snyder&Lindquist (2010) menyatakan terdapat 108 titik *meridians* yang dapat distimulasi jari tangan. Pencapaian kesehatan yang optimal pada pengobatan TCM, perlu juga dipertimbangkan apakah menggunakan jarum atau tekanan, dan biasanya pengobatan dilakukan dengan berbagai kombinasi. Jarang sekali dilakukan tekanan/penusukan jarum pada satu titik. Adapula titik *meridians* yang tidak boleh ditekan/ ditusuk dengan jarum (*forbidden points*), terutama pada masa kehamilan.

Manfaat akupresur dapat digunakan untuk mengatasi berbagai macam gejala penyakit, seperti meringankansakit kepala, kelelahan mata, sakitleher, *low back pain*, artritis, nyeriotot, kramenstruasi, konstipasi, gangguan pencernaan dan meningkatkan daya tahan tubuh. Selain masalah fisik, akupresur juga bermanfaat untuk masalah emosi dan mental seperti mengurangi stress, depresi, manajemen marah, panik, kecemasan, ketakutan dan gangguan psikologis lainnya.

Prosedur akupresur untuk pilek dan flu:

a. Persiapan

Sebelum dilakukan akupresur, terlebih dahulu dilakukan pengkajian klien. Perawat mengkaji gejala yang dikeluhkan klien untuk menentukan perawatan/

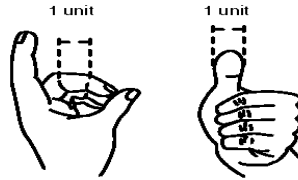
tindakan akupresur yang tepat. Perawat dapat menggabungkan akupresur kedalam perawatan klien dengan menggunakan beberapa titik umum yang spesifik untuk meredakan gejala pada pilek dan flu, seperti hidung tersumbat, sakit kepala, demam, nyeri pada hidung dan gejala yang timbul saat pilek dan flu. Perawat juga dapat mengajar klien atau anggota keluarganya cara menggunakan akupresur sebagai bagian dari rencana perawatan.

Persiapan perawat dalam melakukan akupresur adalah keahlian perawat dan rasa percaya diri yang mantap saat memberikan terapi akupresur. Kemampuan perawat dalam menstimulasi titik akupresur juga sangat penting untuk memberikan terapi yang optimal. Teknik stimulasi titik akupresur yang digunakan terdiri dari beberapa tipe, Gach (1990) dalam Snyder&Lindquist (2010) membagi menjadi empat tipe, yaitu

- *Firm stationary pressure*: ini merupakan teknik stimulasi yang paling dasar, menggunakan ibu jari, jari-jari, telapak tangan, sisi tangan dan buku jari
- *Slow motion kneading*: menggunakan ibu jari dan jari-jari bersama dengan tumit tangan untuk menekan sekelompok otot besar. Gerakan ini seperti gerakan menguleni
- *Brisk rubbing*: menggunakan gesekan untuk merangsang darah dan getah bening
- *Quick tapping*: menggunakan ujung jari untuk merangsang otot yang tidak terlindungi oleh area tubuh, seperti wajah

Standar pengukuran luas untuk memberikan akupresur disebut *cun*. Satu *cun* untuk klien didefinisikan lebar sendi interphalangeal pada ibu jari klien atau jarak

antara kedua ujung lipatan radial fleksor yang tertekuk pada jari tengah klien (Gambar1)



Gambar 1 : satuan pengukuran akupresur (*cun*)

Persiapan tempat saat melakukan akupresur, usahakan lingkungan nyaman dan tenang. Posisi klien bisa tidur terlentang atau duduk yang nyaman.

b. Proses pelaksanaan

Tahap 1: berikan tekanan pada titik B2

Letakkan ibu jari pada tonjolan atas rongga mata untuk menekan kedalam lubang kecil di dekat hidung selama satumenit. Tutup mata dan ambil napas dalam, biarkan kepala santai dan maju ke arah ibu jari (gambar tahap 1). Manfaat titik B2 adalah meredakan pilek, hidung tersumbat, sakit kepala pada bagian frontal, dan mata lelah.

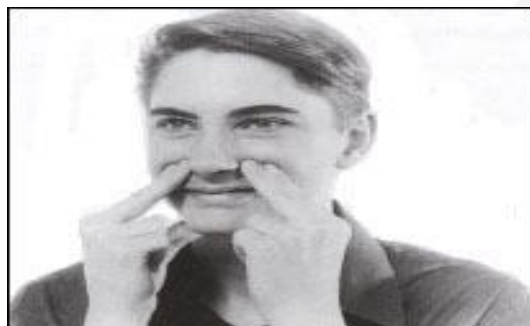


Gambar tahap 1

Tahap 2: berikan tekanan pada titik St 3 and LI 20

Letakkan kedua jari tengah di samping lubang hidung dan letakkan jari manis di samping jari tengah. Secara bertahap tekan ke atas dan ke bawah tulang pipi selama satu menit (gambar tahap 2). Manfaat titik St 3 adalah

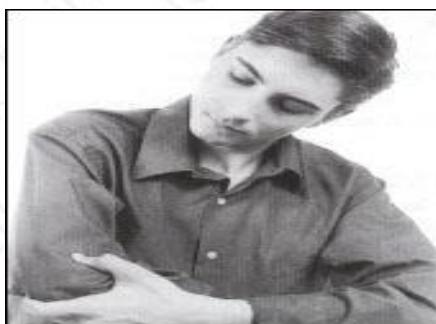
meredakan hidung tersumbat, sakit kepala, mata terasa terbakar, kelelahan mata, dan tekanan mata. Manfaat LI 20 adalah meredakan hidung tersumbat, nyeri hidung, dan wajah terasa bengkak.



Gambar tahap 2

Tahap 3: berikan tekanan pada titik LI 11

Tekuk lengan dan tempatkan ibu jari pada akhir dari lipatan siku dibagian luar lengan bawah. Lengkungkan jari-jari untuk menekan dengan kuat ke siku, lakukan selama satu menit. Ulangi pada lengan yang berlawanan (gambar tahap 3). Manfaat titik LI 11 adalah meredakan gejala flu, demam, sembelit, dan nyeri siku, memperkuat system kekebalan tubuh.



Gambar tahap 3

Tahap 4: berikan tekanan yang kuat pada titik LI 4

Letakkan ibu jari kanan dilengkungan ibu jari dan jari telunjuk pada punggung tangan kiri. Ujung jari telunjuk berada di telapak tangan kiri langsung di belakang ibu jari.

Ibu jari meremas dengan tegas dan jari telunjuk tangan kanan menekan ke dalam lengkungan secara bersama-sama. Lakukan penekanan selama satu menit. Kemudian beralih ke tangan yang berlawanan (gambar tahap 4). Manfaat titik LI 4 adalah meredakan pilek, flu, sembelit, dan sakit kepala.



Gambar tahap 4

Tahap 5: tekanan kuat pada titik GB 20

Sekarang tutup mata dan letakkan ibu jari di bawah dasar tengkorak, dua sampai tiga inci terpisah antara ibu jari kanan dan kiri. Perlahan miringkan kepala ke belakang dan berikan tekanan secara bertahap, pertahankan posisi ini selama satu menit (gambar tahap 5). Titik ini merupakan titik penting untuk meringankan pilek dan flu. Manfaat titik GB 20 adalah meredakan sakit kepala, artritis, nyeri leher, dan perasaan marah.



Gambar tahap 5

Tahap 6: berikan tekanan yang kuat pada GV 16

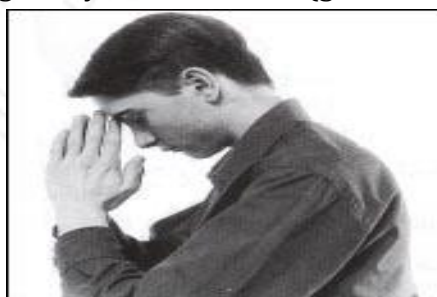
Letakkan ujung jari tengah Anda ke dalam lubang ditengah dasar tengkorak. Pertahankan jari-jari mengenai titik ini, tarik napas saat memiringkan kepala dan buang napas saat kepala ke depan dengan rileks. Terus perlahan-lahan goyangkan kepala ke belakang dan ke depan, dan bernafas dalam-dalam sambil menekan titik ini penting untuk mengurangi *head congestion* (gambar tahap 6). Manfaat titik GV 16 adalah mengurangi *head congestion*, mata merah, stress mental, sakit kepala, dan leher kaku.



Gambar tahap 6

Tahap 7: sentuh pada titik GV 24.5

Satukan kedua telapak tangan dan gunakan jari tengah dan jari telunjuk dengan ringan menyentuh *Third Eye Point* yang terletak antara alis. Bernapaslah dalam-dalam saat mempertahankan posisi ini, yang bertujuan untuk menyeimbangkan system endokrin (gambar tahap 7).



Gambar tahap 7

Tahap 8: berikan tekanan pada titik K27

Letakkan ujung jari pada tonjolan keluar dari tulang leher, lalu geser jari Anda ke bawah dan keluar ke dalam lekukan pertama diantara tulang. Tekan ke dalam rongga ketika bernapas dalam dan bayangkan hambatan yang ada menjadi bersih dan bebas (gambar tahap 8). Manfaat titik K27 meredakan hambatan di dada, sesak nafas, batuk, dan sakit tenggorokan

(http://www.acupressure.com/articles/colds_and_flu.htm, 2004)



Gambar tahap 8

c. Evaluasi

Gash (1990) dalam Snyder & Lindquist (2010) mengembangkan prosedur evaluasi pada akupresur, yang terdiri dari:

- Identifikasi masalah yang sudah ditangani dengan akupresur
- Identifikasi titik yang digunakan untuk akupresur
- Lamanya waktu untuk akupresur
- Identifikasi kondisi apa yang membuat kondisi buruk seperti posisi berdiri yang terlalu lama, cuaca dingin, haid, konstipasi, kurang olahraga, stres
- Identifikasi perubahan yang dialami oleh klien setelah 3 hari dan setelah 1 minggu dilakukan akupresur
- Identifikasi perubahan kondisi dan perasaan secara keseluruhan setelah dilakukan akupresur (respon

verbal, klien mengatakan gejala pilek dan flu berkurang, stress menurun, tidur lebih nyenyak)

2. Terapi Modalitas Yoga

Pengertian yoga yang lain disampaikan oleh Snyder & Lindquist (2010), yoga berarti “integrasi” atau “bergabung bersama” antara badan, pikiran dan alam semesta. Patanjali menuliskan, yoga melatih kita untuk melihat diri kita lebih dalam dan menyadari sifat sejati kita serta memahami bagaimana mengembangkan kebahagiaan dan kebijaksanaan (Hartranft, 2003 dalam Snyder & Lindquist, 2010).

Yoga sutra yang dikembangkan Patanjali, digambarkan sebagai delapan anggota badan yang saling berhubungan secara keseluruhan. Latihan yang simultan pada semua aspek tersebut akan meningkatkan etika, spiritualitas, penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh.

Penelitian ilmu pengetahuan telah banyak melakukan berbagai penemuan, dan menyimpulkan bahwa yoga yang dilatih secara teratur dapat menyembuhkan gejala penyakit dan mencegah timbulnya kekambuhan (McCall, 2007 dalam Snyder&Lindquist, 2010). Ada juga peneliti yang mengatakan yoga meningkatkan kesadaran, kemampuan kognitif, dan kesejahteraan. Berbagai penemuan lain juga menjelaskan yoga dapat mengurangi kelelahan, meningkatkan kebugaran fisik, keseimbangan, kekuatan, fleksibilitas, postur tubuh, dan melatih ekstremitas tubuh. Manfaat yang ditemukan, yoga dapat merehabilitasi organ vital dan system endokrin untuk bekerja lebih efisien serta menstabilisasi system saraf otonom.

Manfaat yoga untuk penyembuhan dan pencegahan penyakit, seperti asma, osteoarthritis, *carpal tunnel syndrome*, *obsessive-compulsive disorder*, *irritable bowel syndrome*,

HIV/AIDS, *multiple sclerosis*, *chronic low-back pain*, dan berbagai macam penyakit lainnya. Yoga juga dapat menurunkan resistensi insulin, faktor fisiologis yang beresiko terjadinya penyakit kardiovaskuler, menurunkan tekanan darah dan stres. Selain masalah penyakit, yoga dapat memperbaiki suasana hati (mood), kesehatan dan membantu tidur.

Prosedur yoga untuk meningkatkan daya tahan tubuh

a. Persiapan

1) Persiapan alat

Yoga dilakukan dengan menggunakan pakaian yang nyaman dan longgar (tidak menghalangi nafas dan gerak), tanpa menggunakan alas kaki, gunakan matras yoga (lebih baik), namun bila tidak ada dapat dilakukan di atas karpet atau lantai kayu.

2) Persiapan klien

Klien tidak dianjurkan untuk makan atau minum sesaat sebelum latihan yoga. Makan tidak kurang 1-3jam sebelum dan hanya minum sedikit air sebelum latihan dan bila memungkinkan jangan minum selama latihan. Lakukan yoga dalam keadaan tubuh bersih dan segar (sangat baik dilakukan setelah mandi)

3) Persiapan lingkungan

Yoga sangat baik dilakukan pada pagi hari (ketika udara masih terasa segar), pilihlah tempat yang tenang dan nyaman, memiliki sirkulasi udara yang baik (lebih baik lagi di lakukan di alam terbuka), lakukan yoga pada waktu yang sama setiap hari (akan membuat pikiran menjadi lebih mudah terpusat/konsentrasi), dapat juga memutar musik yang lembut atau menyalakan lilin aromaterapi saat berlatih yoga

b. Proses pelaksanaan

1) Pemanasan

Sebelum memulai latihan yoga, terlebih dahulu melakukan pemanasan. Pemanasan bertujuan untuk meningkatkan kelenturan otot dan sendi, sehingga gerakan yoga akan mudah dilakukan. Pemanasan dilakukan untuk menghindari risiko cedera saat berlatih. Gerakan pemanasan terdiri dari gerakan leher, leher dan bahu, bahu dan seluruh tubuh. Gerakan pemanasan ringan dapat dilakukan seperti

- Menengadahkan kepala ke atas dan ke bawah selama 10 kali
- Menengok ke arah kanan dan kiri selama 10 kali
- Memutar leher searah jarum jam dan berlawanan dengan jarum jam masing-masing sebanyak 10 kali putaran
- Mengencangkan otot-otot bahu dan lengan
- Memutar bahu kanan dan kiri masing-masing 10 kali
- Melengkungkan tulang punggung ke arah kanan dan kiri, masing-masing sebanyak 10 kali
- Meregangkan pergelangan tangan, lutut dan jari-jari kaki

Latihan yoga

GERAKAN

GAMBAR

-
1. Dimulai dengan posisi duduk
Tarik bahu ke bawah dan ke belakang. Tulang belakang lurus dan dada dibusungkan. Rilekskan badan, wajah dan rapatkan lidah di atas langit-langit mulut. Lakukan nafas dalam ke perut melalui hidung. Singkirkan semua pikiran atau gangguan dan berfokuslah pada setiap tarikan dan hembusan nafas. Bernafaslah terus selama 10-30 kali nafas.
-



2. Lakukan *table position*
Letakkan telapak tangan di bawah bahu dan lutut di bawah pinggul. Punggung datar dan pandangan ke arah tangan.
-



3. Lakukan posisi *dog tilt*
Tarik tulang ekor ke arah langit-langit dengan melengkung tulang belakang dan membiarkan perut ke arah lantai. Telapak tangan ditekan ke bawah, bahu jauh dari telinga dan wajah menatap ke langit-langit.
-



4. Lakukan posisi *cat tilt*
Bentuk bulatan pada tulang punggung dan tarik perut ke arah tulang belakang. Tekan b telapak tangan ke bawah dan biarkan kepala menggantung menempel di leher.
-



5. Ulangi gerakan 3 dan 4 dengan nafas 3-6 kali
-

6. Dari posisi *dog tilt*, hembuskan nafas ke posisi *downwardfacing dog*
Selipkan jari-jari kaki di bawah, tekuk siku dan angkat pinggul ke atas. Tekan dengan kuat ke tangan dan lengan untuk menekan pinggul belakang. Biarkan kepala menggantung menempel ke leher. Tekan tumit kelantai. Kaki lurus atau dapat sedikit membungkuk untuk meratakan punggung. Bernapaslah terus selama 3-6 kali napas.
-



7. Posisi *low warrior*

Langkah kaki antara ke dua tangan dengan lutut langsung di atas pergelangan kaki. Turunkan lutut belakang dan bagian atas kaki ke lantai. Tekan kaki ke bawah, tarik jari dan telapak tangan atau buat gerakan meninju untuk mengangkat mahkota (kepala) ke atas dan untuk meluruskan tulang belakang. Bahu ke bawah dan tekan dada ke depan. Tekan lutut ke depan dan membiarkan pinggul tenggelam ke lantai, berikan sedikit peregangan pada bagian dalam kaki. Bernapas dan tahan selama 2-5 kali napas.



8. Buang napas dan melangkah kembali ke posisi *downwardfacing dog*

Selipkan jari-jari kaki di bawah, tekuk siku dan angkat pinggul ke atas. Tekan dengan kuat ke tangan dan lengan untuk menekan pinggul belakang. Biarkan kepala menggantung menempel ke leher. Tekan tumit kelantai. Kaki lurus atau dapat sedikit membungkuk untuk meratakan punggung. Bernapaslah terus selama 3-6 kali napas.



9. Langkah kaki kiri ke depan dan ulangi gerakan 7 pada sisi yang berlawanan

10. Posisi *child*

Tekan pinggul ke tumit dengan bagian atas kaki rata ke lantai. Biarkan dahi di lantai dan memungkinkan tubuh untuk benar-benar bersantai. Bernapaslah dalam ke perut selama 3-6 kali napas.



11. Posisi cobra

Tekan telapak tangan datar ke lantai langsung di bawah bahu dan angkat mahkota (kepala) ke atas. Rileks kan bahu ke bawah dan tekan dada ke depan. Jika punggung terasa tegang, tekuk siku ke arah lengan. Bernapaslah terus selama 2-5 kali napas.



12. Posisi *halflocust*

Geser lengan di samping tubuh dengan telapak tangan ke bawah. Daggu di lantai dan tekan lengan dan pinggul ke dalam lantai dan luruskan kaki. Gunakan kekuatan tubuh bagian bawah, angkat kaki senyamannya. Bernapaslah terus selama 2-5 kali napas.



13. Posisi *shavasana*

Biarkan lengan dan kaki terbuka ke samping. Jarak lengan 6-8 inci dari sisi tubuh dan telapak tangan menghadap ke atas. Tutup mata dan rilekskan tubuh dari jari kaki ke puncak kepala. Tarik napas panjang melalui hidung ke dalam perut, dan biarkan pada posisi ini selama 10-15menit.



14. Diakhiri dengan posisi duduk

Tarik bahu ke bawah dan ke belakang. Tulang belakang lurus dan dada dibusungkan. Rilekskan badan, wajah dan rapatkan lidah di atas langit-langit mulut. Lakukan nafas dalam ke perut melalui hidung. Singkirkan semua pikiran atau gangguan dan berfokuslah pada setiap tarikan dan hembusan nafas. Bernapaslah terus selama 10-30 kali nafas (<http://www.yogabasics.com>, 2001)



1). Evaluasi

Evaluasi latihan yoga, dilakukan dengan mengajukan pertanyaan kepada klien, bagaimana perasaan klien setelah mengikuti latihan yoga. Evaluasi ini dapat dilihat dari respon verbal (klien mengatakan merasa lebih segar, lemas dan lelah berkurang, mudah istirahat) dan non verbal klien (*vital sign* lebih stabil dan normal). Peningkatan daya tahan tubuh akan mulai terasa bila klien melakukan latihan yoga secara teratur.

B. Pendidikan Kesehatan Keluarga

Komunitas merupakan rantai vital dalam pelaksanaan upaya kesehatan yang efektif dan memberikan kesempatan perawat dalam menyediakan pendidikan kesehatan yang layak dalam konteks yang *familiar* pada masyarakat (Meade et.al dalam Nies & Ewen,2015). Pendidikan kesehatan merupakan hal penting dari peran perawat yang ada di keluarga dan komunitas. Yang bertujuan dalam promosi kesehatan, mencegah penyakit dan mempertahankan kesejahteraan yang optimal. Pendidikan kesehatan adalah kombinasi dari pengalaman pembelajaran yang didesain untuk mempengaruhi, memungkinkan dan menjalankan perilaku sadar yang kondusif pada tingkat kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Keluarga memiliki peran penting dalam sehat dan sakit (Edelman, Mandle, 2010). Pendidikan kesehatan pasien tanpa keterlibatan keluarga seringkali mengakibatkan perawatan diri dan pemulihan yang buruk (Rankin dan Stallings, 2001 dalam Friedman 2010). Kemampuan melakukan pengkajian di keluarga sangat erat kaitannya dengan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan satu dari pendekatan intervensi keperawatan keluarga yang utama. Mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, masalah kesakitan/disabilitas dan dampaknya serta dinamika keluarga.

Pendidikan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Tujuan umum pendidikan kesehatan yang dilakukan pada seluruh anggota keluarga bisa sama, namun secara pendekatan dan tujuan secara spesifik yang bisa berbeda.

Tujuan dari pendidikan kesehatan keluarga:

1. Memberikan informasi agar klien dapat membuat keputusan terkait dengan kesehatan dan penyakit.
2. Membantu klien berperan serta secara efektif dalam perawatan mereka.

3. Membantu klien yang sakit beradaptasi dengan kenyataan penyakit dan pengobatannya, perjalanan dan prognosis penyakit
4. Membantu klien mencapai kepuasan melihat bahwa upaya mereka sendiri meningkatkan kesehatan
5. Mencapai fungsi keluarga lebih optimal
6. Komunikasi keluarga lebih efektif
7. Meningkatkan konsep diri, harga diri meningkat
8. Menurunkan risiko terjadinya masalah kesehatan
9. Meningkatkan gaya hidup sehat
10. Mampu beradaptasi terhadap perubahan struktur keluarga dan perubahan situasi keluarga

Peran perawat memiliki peranan penting dalam pendidikan kesehatan dan menjadi agen percepatan dalam perubahan perilaku.

Hal yang penting dalam pencapaian pendidikan kesehatan :

1. Menciptakan suasana yang kondusif untuk belajar.
Membentuk perilaku kesehatan yang baik dan hubungan yang baik perlunya interaksi yang dilakukan secara lisan. Oleh sebab itulah perlunya lingkungan kondusif untuk tercipta hubungan yang terapeutik, hubungan saling percaya antara perawat dan keluarga. Kepercayaan keluarga terhadap perawat melalui partisipasi aktif dan komitmen selama berlangsung proses kegiatan. Jika hal tersebut terbentuk maka pesan dari pendidikan kesehatan akan diterima oleh keluarga dan anggota keluarga.
2. Peningkatan aspek pengetahuan perawat agar mampu memberikan pendidikan kesehatan yang efektif dalam hal perawatan yang efektif di dalam keluarga tanpa mengecualikan masalah kultural.
3. Perawat harus bisa menampilkan kompetensinya yaitu kompetensi perawatan secara budaya.

Kompetensi perawatan secara budaya yang dimaksud adalah kemampuan perawat atau kepekaan perawat terhadap individu dalam respon dan pengalamannya sangat luas seperti mengenal latar belakang keluarga, status social ekonomi, etnis, kemampuan membaca dan latar belakang budaya.

Kemampuan tersebut sangat bermanfaat dalam proses pendidikan kesehatan di komunitas khususnya di keluarga. Yaitu perawat dapat menghargai perbedaan di masing masing keluarga, dan dapat memilih intervensi yang direncanakan, Selain itu jika seorang perawat memahami budaya yang dimiliki oleh keluarga dampaknya perawat memahami pola komunikasi yang beragam dan mempengaruhi rasa percaya dalam berhubungan dengan keluarga.

Tips efektif dalam pendidikan kesehatan untuk pengajaran yang efektif :

1. Kaji kemampuan membaca sasaran pendidikan kesehatan
2. Tentukan apa yang ingin diketahui oleh keluarga
3. Identifikasi motivasi keluarga dalam mempelajari hal yang baru
4. Fokuslah pada hal yang penting atau kemampuan kritis pada keluarga
5. Tentukan tujuan dan objektif yang realistis bersama keluarga
6. Gunakan bahasa yang jelas dan ringkas. Gunakan kata kata yang umum. Misalnya jika hipertensi menggunakan kata tekanan darah tinggi. Agar keluarga memahami isi dari pendidikan kesehatan.
7. Beri jarak pada pengajaran (antar satu kegiatan dengan kegiatan lainnya), jika memungkinkan.

8. Dalam penyampaian pendidikan kesehatan menggunakan metode gabungan misalnya metode ceramah, ilustrasi, demonstrasi dan contoh dalam kehidupan nyata. Hubungkan pesan kesehatan dengan kejadian sehari-hari dan situasi nyata yang ada.
9. Ulang kembali informasi yang diberikan dengan sering. Bertanya pada pasien sebelum, saat dan setelah pengajaran.
10. Sering-seringlah meringkas dan dapatkan umpan balik dari pasien. Umpan balik sangat diperlukan dalam proses pendidikan kesehatan karena pemahaman dan pengertian membutuhkan waktu dan latihan.
11. Jadilah kreatif. Gunakan imajinasi perawat saat menjelaskan sesuatu yang sulit dengan menggunakan media yang bisa menggambarkan apa yang akan dijelaskan (kartu bergambar, video, lembar balik. Storytelling, objek, gambar)
12. Gunakan sumber daya dan materi yang benar untuk peningkatan pengajaran dan penyampaian gagasan.
13. Berikan keluarga ketenangan. Upayakan kepercayaan keluarga pada perawat telah terbentuk.
14. Berikan pujian pada keluarga sepanjang proses pengajaran di pendidikan kesehatan pada keluarga. Jangan seolah-olah perawat berbicara dengan keluarga yang belum mengerti.
Beritahu apa yang sudah mereka lakukan dengan benar. Fokus pada kekuatan keluarga.
15. Berikan waktu keluarga untuk berpikir dan bertanya
16. Lakukan metode “mengajar kembali”. Artinya meminta kembali keluarga untuk menjelaskan ulang dari apa yang sudah diajarkan dengan kata-kata/bahasa (pemahaman) sendiri dari keluarga.

17. Evaluasi rencana pengajaran dari pendidikan kesehatan dan terus menambah informasi yang baru dalam interaksi pendidikan kesehatan yang dilakukan. Hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan pendidikan kesehatan keluarga:

1. Faktor keluarga
 - a. Motivasi anggota keluarga.
 - b. Usia anggota keluarga
 - c. Kondisi psikologis anggota keluarga
 - d. Persepsi anggota keluarga tentang masalah kesehatan
 - e. Persepsi tentang risiko atau manfaat dari isi/materi pendidikan kesehatan yang disampaikan
2. Faktor komunikasi
 - a. Hambatan dalam bahasa dan budaya
 - b. Hambatan sosio ekonomi
 - c. Ketidakmampuan keluarga berkomunikasi secara jelas dengan pihak pendidik dan antar anggota keluarga
 - d. Materi yang diberikan belum secara keseluruhan
3. Faktor situasi
 - a. Lingkungan tempat dilakukannya pendidikan kesehatan
 - b. Waktu pemberian pendidikan Kesehatan.

C. Merawat Anggota Keluarga yang Sakit dan Pemberdayaan Keluarga

1. Merawat anggota keluarga yang sakit

Peningkatan praktik Kesehatan dalam keluarga merupakan tujuan dasar dari keperawatan keluarga. Dalam hal ini keluarga memerlukan informasi yang mengenai praktik Kesehatan keluarga untuk membantu memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Kategori praktik kesehatan keluarga meliputi beberapa hal yaitu :

a. Praktik tidur dan istirahat keluarga

Tidur merupakan hal yang vital dalam kehidupan yang berkualitas. Dimana tidur sendiri memiliki fungsi seperti penyimpanan energi, perbaikan dan perlindungan terhadap kelelahan. Factor yang menentukan jumlah tidur yang dibutuhkan berdasarkan usia.

Pada bayi baru lahir memerlukan tidur 16-18 jam, bayi (6 bulan pertama) lebih banyak tidur pada malam hari dibandingkan siang hari. Kebutuhan tidur bayi 6 bulan pertama berkisar 10-12 jam. Toddler 8-12 jam (malam hari). Anak usia sekolah: 9-10 jam, remaja : 7,5 – 8 jam tidur. Dewasa muda dan pertengahan : 6-8 jam. Kebutuhan tidur lansia menurun berkisar 6,5 jam.

Kualitas tidur yang baik memiliki dampak yang besar seperti peningkatan status Kesehatan, perbaikan status mental, dan peningkatan lamanya kehidupan. Hal yang harus dilakukan seorang perawat dalam mengkaji kualitas tidur keluarga yaitu Riwayat tidur, adakah anggota keluarga yang mengalami kesulitan tidur, Dari pengkajian tersebut akan didapatkan adanya kurang pengetahuan keluarga mengenai kebutuhan tidur anggota keluarga, penyebab kesulitan tidur terutama pada lansia yang berhubungan dengan penuaan, kurangnya pengetahuan mengenai obat sedative atau obat yang mempengaruhi tidur.

b. Praktik penggunaan obat terapeutik dan penenang alcohol, serta tembakau.

Konsumsi obat bebas paling sering digunakan oleh masyarakat terutama di dalam keluarga. Hal ini

dilakukan sebagai alternatif untuk masalah kesehatan yang tidak perlu bantuan medis atau kondisi yang dapat ditangani keluarga secara adekuat. Penggunaan obat di keluarga tidak terbatas hanya menyelesaikan masalah kesehatan namun sebagai suplemen. Identifikasi obat yang digunakan oleh keluarga agar dapat melihat efek samping dari penggunaan obat tersebut, melihat bagaimana keluarga mengatasi masalah kesehatan dan pemahaman tentang konsep sehat sakit keluarga.

Bila dirumah memiliki anak kecil sebaiknya obat dan zat berbahaya disimpan di dalam wadah dan di dalam lemari. Hal ini dikarenakan sering terjadi insiden keracunan pada anak. Keracunan obat juga sering terjadi bukan hanya pada anak namun pada lansia, dikarenakan keluarga dan lansia cenderung menyimpan obat dan menggunakan obat tersebut beberapa lama kemudian. Dan sering ditemukan kemasan obat tersebut sudah tidak baik, tidak tercantum nama dan dosisnya.

Keluarga memiliki peran sangat penting dalam penyalahgunaan zat terlarang. Keluarga harus memiliki penguatan social yang positif (adanya contoh dari orangtua atau anggota keluarga yang dihargai) agar dapat meminimalisir penyalahgunaan zat oleh remaja. Dan keluarga harus secara terbuka berkomunikasi bahwa obat terlarang bertentangan dengan nilai yang keluarga miliki.

c. Praktik diit keluarga

Praktik diit keluarga akibat dari gaya hidup yang tidak sehat menyebabkan beberapa masalah kesehatan. Salah satunya adalah obesitas. Kelebihan berat badan berakibatkan tekanan darah tinggi, penyakit jantung, penyakit kanker, artritis, penyakit pernafasan, dan

penyakit lainnya. Obesitas tidak hanya terkena pada dewasa, namun saat ini kasus obesitas telah meningkat pada masa anak-anak.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam praktik diet keluarga:

- 1) Usia semakin bertambah diharapkan adanya keseimbangan jumlah energi yang didapatkan dari makanan (asupan kalori) dengan jumlah energi yang digunakan tubuh. Hal tersebut dilakukan dengan melakukan aktivitas fisik secara aktif.
- 2) Perhatikan jenis dan jumlah makan yang dikonsumsi seseorang. Makanan berlemak tinggi mengandung lebih banyak kalori dibandingkan makanan lain dan cenderung terjadi peningkatan berat badan. Tidak hanya mengonsumsi makan banyak berpengaruh terhadap peningkatan berat badan namun jika mengonsumsi makan yang sedikit tinggi lemak namun karbohidrat, gula dan protein tinggi akan berpengaruh juga terhadap peningkatan berat badan.
- 3) Menyeimbangkan diet sehat dan aktifitas.
- 4) Membuat catatan makanan (Food recall) selama 3 hari, yang bertujuan untuk mengkaji kualitas diet keluarga dan bagaimana diet selama 3 hari tersebut memenuhi kebutuhan nutrisi individu. Pengkajian terhadap pilihan makanan keluarga merupakan upaya kolaboratif antara perawat dan keluarga. Analisis food recall membantu perawat di keluarga menentukan variasi atau keragaman keluarga dalam mengonsumsi makanan (jenis, kuantitas, kualitas).

5) Kebiasaan makan, pengurangan diet. Kepercayaan khusus terhadap diet (pola makanan berbasis budaya).

Dasar hal tersebut berkaitan dengan system nilai dan kepercayaan yang dimiliki oleh keluarga. Kemampuan perawat keluarga menguasai hal ini dimaksudkan untuk modifikasi diet yang diperlukan oleh keluarga.

6) Waktu makan keluarga

Waktu makan bersama yang dibangun oleh keluarga bertujuan sebagai wadah interaksi, berbagi, membagi pengalaman dan pemikiran.

d. Praktik perawatan diri keluarga

Praktik perawatan diri keluarga yang dimaksud adalah bagaimana kemampuan keluarga memberikan perawatan diri, motivasi keluarga, dan kemampuan dalam menangani masalah kesehatan. Keluarga harus memiliki pemahaman mengenai status kesehatan atau masalah kesehatannya sendiri dan langkah untuk memperbaiki atau memelihara kesehatannya sendiri.

Praktik perawatan diri meliputi praktik pencegahan, diagnosis, terapi dirumah (masalah umum dan minor yang sifatnya dapat diatasi), serta prosedur dan terapi yang diprogram untuk perawatan penyakit anggota keluarga. Factor yang dapat mempengaruhi praktik perawatan diri ini dapat dilakukan oleh keluarga yaitu pengetahuan keluarga, motivasi, kemampuan motoric untuk perawatan fisik. Hal ini yang harus dipenuhi oleh perawat agar keluarga dapat melakukan perawatan diri. Selain hal tersebut, perawat harus mengidentifikasi kekuatan, sumber dan potensi keluarga. Karena keluarga memiliki tanggungjawab dalam perawatan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit.

- a. Praktik lingkungan dan hygiene.
Praktik lingkungan meliputi kebiasaan yang positif atau negative mempengaruhi status kesehatan keluarga atau anggotanya. Meliputi apakah keluarga terpapar dengan asap, asbestos, timbal, polusi suara, udara dan radiasi. Kebiasaan sehat yang dapat mengurangi infeksi seperti: menggunakan handuk yang berbeda, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas, minum dari cangkir yang berbeda, kebersihan diri.
- b. Praktik pencegahan berbasis pengobatan.
Tindakan pencegahan berbasis pengobatan meliputi pemeriksaan fisik tahunan, pemeriksaan penglihatan dan pendengaran, imunisasi (tujuannya adalah pencegahan terhadap sakit, terutama imunisasi pada anak-anak), kesehatan gigi (pemeriksaan kesehatan gigi, pendidikan kesehatan gigi, menggosok gigi secara teratur, pengurangan jenis makanan yang dapat menimbulkan karies gigi).

D. Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan adalah proses yang memungkinkan orang untuk memilih, mengendalikan dan membuat keputusan tentang kehidupan mereka. Pemberdayaan juga merupakan proses yang menghargai semua yang terlibat, dimana di dalam keluarga perlunya keterlibatan seluruh anggota dalam membuat keputusan dan mencari perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Rodwell dalam Friedman 2010, mengidentifikasi empat ciri pemberdayaan yaitu:

- a. Terdiri dari suatu proses bantuan

- b. Melibatkan kemitraan atau kerjasama yang menghargai diri sendiri dan orang lain
- c. Ditandai dengan pengambilan keputusan bersama
- d. Meliputi kebebasan dalam mengambil keputusan dan menerima tanggungjawab

Pemberdayaan meliputi semua intervensi yang dilakukan pada keluarga, yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kapasitas keluarga sehingga dapat bertindak secara efektif untuk diri mereka sendiri. Dan membantu keluarga menjadi advokat dan sumber terbaik bagi mereka sendiri.

Intervensi pemberdayaan keluarga:

- a. Mendorong peran serta aktif keluarga dan anggota keluarga
- b. Mendengarkan secara seksama masalah anggota keluarga, dan biarkan keluarga memilih memulai dari mana menceritakan masalahnya.
- c. Mengakui keluarga sebagai mitra yang setara
- d. Mendorong swa bantu keluarga
- e. Memungkinkan klien melatih kemandirian dalam memutuskan pilihan yang akan dipilih.
- f. Mengakui bahwa keluarga atau perawat, masing masing memiliki kekuatan dan sumber dalam hubungan mereka
- g. Mengakui bahwa keluarga dan perawat mempunyai keahlian masing masing dalam memelihara kesehatan dan mengelola masalah kesehatan.
- h. Menemukan dan menegaskan pada keluarga mengenai kekuatan dan sumber keluarga yang menjadi landasan untuk membina rasa percaya.
- i. Memberi keluarga pujian atas perubahan positif dan pencapaian yang terjadi yang dialami keluarga.

REFERENSI

- Ahmad, Kholid. 2015. Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasi. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada
- Burgin, T. 2001. *Seated 1 Basic Sequence*. <http://www.yogabasics.com/yoga-posture-sequences/seated-1-basic-sequence.html>. Akses 10 September 2021; 18.00 WIB
- Deutsch, J., E and Anderson, E., Z. 2008. *Complementary therapies for Physical Therapy A Clinical Decision-Making Approach*. Missouri: Saunder Elsevier
- Edelman, Mandle. 2010. Health Promotion Throughout the Life Span. Seventh Edition. Singapore: Elsevier
- Friedman, Bowden. Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik. Edisi 5. Jakarta: EGC
- Gach, M., R. 2004. *Acupressure Points for Colds and Flu*. WIB http://www.acupressure.com/articles/colds_and_flu.htm. Akses 10 September 2021; 20.00
- Lundy, K., S and Janes, S. 2009. *Community Health Nursing Caring for the Public's Health*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, LLC
- Nies, Ewan. 2019. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Edisi Pertama Bahasa Indonesia. Singapore: Elsevier
- Snyder, M And Lindquist, R. 2010. *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC

PROFIL PENULIS

Dely Maria P

lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekes Cirebon (tahun 2000) kemudian melanjutkan ke jenjang S1 di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015).



Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkas bitung tahun 2004-2006, di Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 – Juni 2021). Penulis merupakan pengurus IPKKI DKI Jakarta (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia). Berkontribusi di dunia keperawatan dengan menjadi pembicara dalam pelatihan dan workshop yang diadakan oleh Suku Dinas Kesehatan dan PPNI.

BAB 10

TREND DAN ISU DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

(Helmi Rumbo, S.Kep., Ns., M.N.S)

STIK Indonesia Jaya; Jl. Towua No.114 Birobuli Selatan,
Palu Selatan - 94231. Sulawesi Tengah
Email: helmi.rumbo@ymail.com

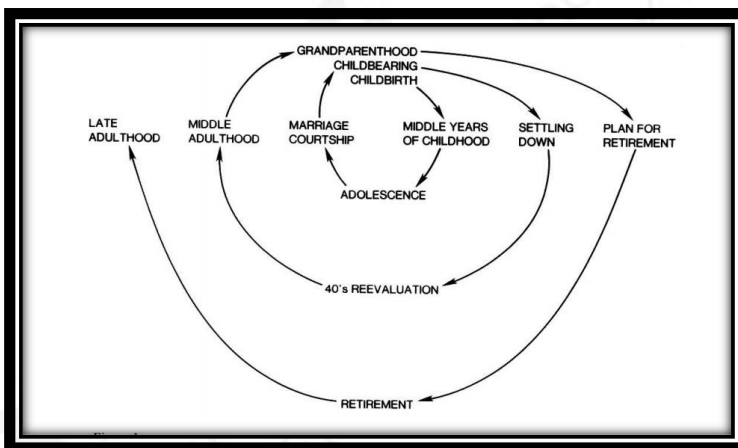
Perkembangan dari setiap anggota keluarga sangat dipengaruhi oleh keluarga itu sendiri. Keluarga memiliki anggota yang saling berinteraksi, interelasi dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama, karena itu keluarga merupakan suatu sistem. Apabila ada anggota keluarga yang sakit, maka dapat berdampak pada kondisi anggota yang lain. Keluarga dipandang sebagai suatu kesatuan, yang berada dalam satu ikatan yang saling mempengaruhi (Efendi, F. dan Makhfudli, 2009)

Menurut Marilyn M. Friedman (1998), ada lima fungsi keluarga yaitu ekonomi, reproduksi, sosialisasi, afektif dan perawatan kesehatan. Pada tahapannya, keluarga berkembang berdasarkan pengalaman dan transisi peran yang dialami oleh setiap anggotanya. Seiring berjalannya waktu, keluarga akan masuk ketahapan perkembangan yang lebih tinggi, sehingga berdampak pada anggota dan sistim keluarga itu sendiri. Prinsip prinsip yang diaplikasikan harus sejalan dengan tugas perkembangannya. Keluarga harus menyelesaikan tantangan pada setiap periode dan juga melewati masa transisi (Nies, M.A and McEwen, M., 2015)

Keberhasilan keluarga dalam mencapai tugas pada tahapan perkembangan cenderung akan membawa kebahagiaan dan mengarahkan pada keberhasilan tugas ditahapan selanjutnya. Sebaliknya, kegagalan pencapaian tugas perkembangan cenderung

membawa ketidakbahagiaan, penolakan serta mengarah pada kesulitan dalam melakukan tugas di tahapan berikutnya (Duval, 1977 dalam Hamid, A.Y.S., et al, 2010).

Setiap tahap perkembangan dipisahkan dari tahap berikutnya atau “transisi”, hal ini diperlukan pada setiap periode kehidupan. Pada umumnya, transisi akan mempengaruhi anggota keluarga. Melewati masa transisi adalah wajar namun pada periode ini, anggota keluarga harus mampu untuk refleksi diri sendiri, mengubah fungsi, harapan dan peran agar dapat memenuhi tugas pada tahapan berikutnya (Carter & McGoldrick, 1989 dalam Hamid, A.Y.S., et al, 2010). Berikut ini adalah gambar proses tahapan perkembangan / siklus kehidupan keluarga.



Sumber: Lee Combrinck-Graham. (1985). A Developmental Model for Family Systems., 24(2), 139–150.

doi:10.1111/j.1545-5300.1985.00139.x/diakses September 09, 2021.

Sistem keluarga pada model spiral kehidupan dipandang sebagai sebuah lingkup yang beresilasi atau proses berulang pada siklusnya, yang diibaratkan seperti membentuk spiral. Hal ini akan berlaku terus menerus. Dimulai dari pembentukan keluarga, melahirkan anak, membesarkan anak, kemudian berpisah dari orang tua untuk membentuk keluarga baru atau memulai siklus

baru dengan generasi yang berbeda. Proses yang berulang membentuk siklus yang solid. Sebagai individu, peristiwa kehidupan berulang akan menciptakan keintiman dan keunggulan pada setiap hubungan, terbentuk kepribadian/karakter dan sikap asertif. Pada saat menghadapi tantangan atau masalah, pengalaman ini akan memberikan kesempatan bagi anggota keluarga untuk "berlatih" (Lee Combrinck-Graham, 1985).

A. Trend dan Isu dalam Tahapan Perkembangan Keluarga

Menurut Duval (1977), Duvall & Miller (1985), terdapat 8 tahap siklus keluarga yaitu:

1. Keluarga pasangan baru

Memiliki tugas untuk memuaskan kedua pihak, menciptakan hubungan harmonis dengan kerabat/persaudaraan, dan merencanakan untuk menjadi orang tua (Nies, M.A and McEwen, M., 2015). Kompleksitas keluarga sangat bergantung pada budaya setempat, pengalaman di keluarga generasi sebelumnya (Rusell, L.T, 2020). Cara yang sehat untuk mengatasi masalah yaitu mampu untuk berempati, berkomunikasi terbuka dan jujur, member dukungan dan menghargai (Molina, Y., et.al, 2019; Hamid, A.Y.S., et al, 2010). Tantangan pada tahapan ini adalah bagaimana pasangan menghadapi perbedaan karakter dari dua individu. Suksesnya hubungan tergantung pada kemampuan untuk saling mengakomodasi dalam banyak cara. Berdasarkan literatur, pada tahapan ini seringkali ditemukan kekerasan pada rumah tangga, status keuangan yang tidak stabil, ketidakpuasan /stress, gangguan mental, bahkan perselingkuhan atau perpisahan (Kaakine, J.R., et al, 2018).

Isu lain pada tahap ini adalah menghadapi pasangan yang sedang sakit. Masalah kesehatan terbesar yang menyebabkan kematian pada usia dewasa di tahun 2019

adalah penyakit jantung iskemik (IHD), stroke, penyakit paru (COPD, infeksi saluran pernapasan, kanker), diabetes melitus, penyakit ginjal dan penyakit liver, obesitas. Dilaporkan bahwa, 7 dari 10 penyakit terbesar di dunia tahun 2019 adalah kategori *noncommunicable diseases* atau penyakit kronik, secara keseluruhan menyumbang sekitar 74% kematian di dunia (WHO, 2020; Forrest, K. Y. Z., Leeds, M. J., & Ufelle, A. C., 2017).

Penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami sakit/sedang menjalani pengobatan akan meningkatkan kualitas hidup serta mempercepat proses pemulihan (Rachmawati, D.S., 2020; Isdiarti, R., & Ardian, I., 2020; Luthfa, 2019; Yaner, N.R., et al, 2019). Semakin tinggi dukungan keluarga, maka kepatuhan pasien juga semakin tinggi (Yeni, F., et al, 2016). Sementara, respons dan stress yang dialami oleh anggota keluarga tergantung dengan onset, lama, dan prognosis penyakit (Campbell, A.M., 2020; Kartika A.W., 2015). Keluarga akan memberikan respon sesuai pengetahuan, keyakinan atau pengalamannya (Priyanti, 2009).

2. Keluarga menanti kelahiran anak

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama sampai bayi berusia 30 bulan. Pada tahap ini, keluarga bertugas untuk membentuk keluarga muda yang stabil (dengan mengintegrasikan kehadiran bayi baru dalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik/rekonsiliasi tugas perkembangan yang bertentangan dengan kebutuhan keluarga, mempertahankan pernikahan yang memuaskan, serta memperluas persahabatan dengan keluarga besar (Nies, M.A and McEwen, M., 2015).

Beberapa isu yang dihadapi oleh pasangan baru menimbulkan stress yang cukup tinggi. Ketidakseimbangan dalam waktu yang lama atau berulang dapat menyebabkan

perasaan tidak nyaman sebagai orang tua yang dapat mempengaruhi hubungan pernikahan (Fullerton, L., 2019). Pada fase ini, dibutuhkan kemampuan pasangan untuk berubah peran dan adaptasi terhadap tanggung jawab sebagai orang tua (Molina, Y., et.al, 2019). Pada situasi ini ditemukan keterbatasan aktifitas ibu untuk bersosialisasi, kelelahan/stress dengan peran yang baru, komunikasi pasangan yang tidak efektif, pengabaian/kurang perhatian, penurunan aktifitas seksual (Hamid, A.Y.S., et al, 2010). Bahkan pasangan dituntut untuk merespon keyakinan generasi yang lebih tua tentang mitos perawatan selama kehamilan–perawatan bayi, yang seringkali berbeda dengan pandangan atau pola pikir pasangan baru (Russell, L.T., 2020)

Isu lain terkait fase ini adalah masalah pada masa kehamilan ibu, kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Berdasarkan laporan CDC (2019), beberapa kasus yang sering muncul secara global adalah komplikasi kehamilan, penggunaan zat NAPZA selama kehamilan, depresi, kematian ibu, dan kehamilan pada remaja. Data juga membuktikan adanya kematian bayi, lahir premature, kurangnya pemberian asi eksklusif dan *sudden unexplained infant death*. WHO melaporkan pada tahun 2017,sekitar 810 wanita hamil dan wanita bersalian meninggal di setiap hari; Kehamilan pada remaja berusia 10-14 tahun memiliki resiko tinggi komplikasi kehamilan dan kematian; Ibu yang sudah memiliki pengalaman terkait perawatan saat / pasca kehamilan berdampak pada keselamatan Wanita dan bayi baru lahir (WHO, 2019); Ibu yang berusia lebih muda atau remaja (17 tahun) cenderung tidak memberikan asi eksklusif (Anggraeni, M.D., et al., 2016).Selanjutnya,data pada tahun 2019 melaporkan kematian bayi baru lahir sebanyak 47% dari total kematian di bawah usia 5 tahun; Bayi meninggal di usia 28 hari

mengalami kondisi/penyakit yang berhubungan dengan kurangnya perawatan selama kehamilan dan perawatan bayi baru lahir; Apabila wanita hamil mendapatkan perawatan ante natal rutin dari tenaga profesional, berpendidikan dan menerapkan standar internasional, tercatat mengalami kematian bayi (16%) dan lahir premature (24%). Perawatan ante natal dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (WHO, 2019a; 2020b).

3. Keluarga dengan anak usia prasekolah

Tahap perkembangan ini dimulai saat anak pertama berusia 2.5 tahun, dan berakhir bila anak usia 5 tahun. Pada kondisinya, keluarga lebih majemuk dan berbeda. Tugas keluarga adalah memenuhi semua kebutuhan anggota, dimulai dari kebutuhan dasar seperti makanan, tempat tinggal, ruang bermain, belajar, privasi dan bahkan keamanan, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak baru, juga tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain. Serta, mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan suami-istri, orang tua dan anak) bahkan dalam lingkup keluarga besar dan komunitas (Nies, M.A and McEwen, M., 2015).

Kehidupan keluarga di tahap ini menjadi lebih sibuk, berkembang dan kompleks. Selain fokus pada perkembangan anak, juga pada pekerjaan, karir dan keuangan. Bertambahnya jumlah anak, cenderung memberikan tantangan bagi pasangan suami istri. Pasangan akan melihat perubahan kepribadian yang lebih negatif, kurang puas, interaksi berorientasi pada tugas dan lebih sedikit percakapan personal/kehangatan/perhatian sebagai pasangan.

Hasil studi menunjukkan bahwa setiap keluarga memiliki beragam strategi yang fleksibel, untuk menyeimbangkan tujuan pribadi dan keluarga; mempromosikan penenuhan

derajat kesehatan, menciptakan kebahagiaan, dan membina perkembangan juga komitmen keluarga (Hall, W.A., 2007). Sebagai orang tua perlu mendapat lebih banyak informasi terkait pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahap ini. Dukungan keluarga, sosial dan juga kebijakan pemerintah memberikan dampak bagi kesehatan keluarga (Latva, R., & Furmark, C., 2020).

Isu kesehatan anak pada tahapan ini adalah resiko terpaparnya penyakit menular, cedera akibat jatuh, luka bakar, keracunan, malnutrisi, imunisasi tidak lengkap, lingkungan yang tidak kondusif, anak cacat / berkebutuhan khusus, bahkan penganiayaan (Kaakine, J.R. et al, 2018; Nies, M.A and McEwen, M., 2015; Bowden V.R., Greenberg, C.S., 2010). Menurut data UNICEF, kematian anak di dunia tahun 2018 sebesar 29%, disebabkan pneumonia, diare dan malaria. Jenis penyakit ini seharusnya dapat dicegah dan diobati. Namun penyakit ini masih menjadi penyumbang angka mortalitas tertinggi pada anak di bawah usia 5 tahun.

4. Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun/mulai masuk sekolah dasar, berakhir pada pada usia 13 tahun sebagai awal masa remaja. Keluarga bertugas untuk mensosialisasikan anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebayanya. Disamping itu, tetap mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, serta memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga (Nies, M.A and McEwen, M., 2015).

Pada fase ini, anak anak sudah menunjukkan bakat, minat, keinginannya dan mengikuti aktivitas yang wajib yaitu sekolah. Selain itu, orang tua akan menghadapi tuntutan dari pihak luar yaitu harus menyesuaikan dengan standar pendidikan / sekolah. Orang tua dan anak perlahan akan

terpisah, karena beragam aktifitas anak saat belajar ataupun bersosialisasi dengan teman sebayanya (Kaakine, J.R. et al, 2018; Nies, M.A and McEwen, M., 2015; Bowden V.R., Greenberg, C.S., 2010).

Faktor faktor penunjang kesehatan anak di usia sekolah adalah program sekolah (contohnya: sekolah sehat, UKS, kantin sehat), sarana prasarana dan lingkungan sekolah itu sendiri. Resiko masalah kesehatan pada anak usia sekolah adalah cedera, merokok, penyalahgunaan zat, tato dan tindik, kerusakan gigi, obesitas, gangguan pola makan dan juga penindasan / kekerasan (Mulyono, S., et. al, 2017; Nies, M.A and McEwen, M., 2015). Oleh karena itu, penting untuk keluarga memperkenalkan dasar dasar pemikiran /rasional dan konsep tentang yang benar – salah, baik atau buruk; prinsip agama dan etik, norma dan keyakinan keluarga. Studi Haris, C. (2020) menyatakan bahwa ada hubungan antara lingkungan keluarga dengan pencapaian anak dalam pendidikan. Orang tua sebaiknya menciptakan komunikasi secara terbuka, dan terus mengarahkan serta mengevaluasi aktifitas anak. Orang tua juga perlu berkomunikasi dengan guru di sekolah, ataupun konsultasi dengan tenaga medis sesuai kebutuhan.

5. Keluarga dengan anak remaja

Periode ini berlangsung selama 6 – 7 tahun, pada saat anak pertaman berusia 13 tahun atau sampai anak meninggalkan rumah pada usia 20 tahun. Pada tahap ini keluarga bertugas untuk menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab seorang remaja menjadi dewasa (untuk menjadi lebih mandiri). Keluarga harus menciptakan/ mengarahkan komunikasi terbuka, serta memfokuskan kembali hubungan pernikahan (Nies, M.A and McEwen, M., 2015).

Masa remaja merupakan fase bagi anak untuk mulai membentuk kebiasaan dan karakter. Dimulai dari pola

makan, aktifitas dan hobi, manajemen emosi, cara menyelesaikan masalah hingga terbentuknya kopling. Biasanya pada remaja akan muncul keinginan mencoba hal baru, ingin mendapatkan kebebasan untuk melakukan hal hal yang beresiko. Hal ini terkait dengan fungsi eksekutif di korteks prefrontal yang belum matang sampai menjelang usia 25 tahun. Perilaku ini dipengaruhi juga oleh lingkungan, teman sebaya dan kebiasaan masyarakat setempat (Kaakine, J.R. et al, 2018; Bowden V.R., Greenberg, C.S., 2010). Secara keseluruhan, perubahan perkembangan yang dialami remaja yaitu dalam bidang perubahan kognitif, pembentukan identitas dan perubahan biologis. Sehingga orang tua harus menghargai otonomi dan kemandirian anak remaja, tidak lagi mempertahankan otoritas sebagai orang tua (Goldenberg, 2000 dalam Nies, M.A and McEwen, M., 2015).

Isu kesehatan yang biasanya ditemukan pada remaja adalah kecelakaan lalu lintas, cedera, penyalahgunaan alkohol dan obat - obatan, kehamilan yang tidak direncanakan, aborsi, HIV - AIDS, perilaku kekerasan, deficit nutrisi - mikronutrien, obesitas dan juga gangguan kesehatan mental yang seringkali dimulai sejak usia 14 tahun. Pada tingkat negara, angka mortalitas pada remaja usia 10-14 tahun berkisar antara 0.2 - 14.8 kematian per 1000 populasi (WHO, 2021). Karena itu dibutuhkan peran aktif dari orang tua, guru, masyarakat, organisasi dan pemerintah untuk mendukung kesehatan anak remaja (Park, S., & Kim, S.-H., 2018).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas keluarga memiliki fungsi afektif keluarga adekuat dan perilaku seksual remaja berisiko rendah (Gustiani, Y & Ungsianik, T., 2016). Kebiasaan keluarga untuk menerapkan pola makan sehat berhubungan dengan kejadian obesitas pada remaja

(Lemacks, J.L & Greer, T., 2020; Forrest, K.Y.Z, et.al, 2017). Namun setiap rumah tangga memiliki kompleksitas yang berbeda, salah satu tantangan untuk keluarga apabila memiliki ayah/ibu/saudara sambung. Hasil studi dari Rusell, L.T (2020) menginfokan bahwa dalam satu decade belakangan ini, sebanyak 46% anak di Amerika tinggal bersama orang tua kandung, mayoritas tinggal bersama orang tua sambung. Pada situasi ini, anak memiliki empat orang tua, atau bahkan beberapa saudara sambung. Apabila keluarga tidak dapat menciptakan hubungan yang kondusif dan juga asertif, maka hal ini dapat berdampak pada kesehatan anggota keluarga. Hasil studi lain menyatakan, peran jaringan sosial juga dapat mengarahkan remaja wanita yang sedang hamil untuk berhenti merokok (Derksena, D.E., et.al., 2021); dan bagaimana sebuah komunitas mampu member dampak pada perijinan penggunaan / konsumsi alcohol di tingkat local area (Ure, C., et. al., 2021).

6. Keluarga melepaskan anak usia dewasa muda

Tahap ini dapat berjalan singkat atau agak panjang, tergantung pada beberapa anak yang ada di dalam rumah / beberapa anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah setelah lulus SMA dan perguruan tinggi. Tugas keluarga pada tahap ini adalah memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anak. Keluarga tetap melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, serta membantu orang tua lansia dan sakit-sakitan (Nies, M.A and McEwen, M., 2015).

Isu ditahap ini, keluarga harus melepaskan anaknya untuk membentuk keluarga baru atau memulai siklus kehidupan yang baru bersama pasangannya. Sehingga orang tua dan anak akan masuk masa transisi, beradaptasi untuk memulai

kemandirian baik itu secara finansial, otonomi, gaya hidup, menghadapi sakit / stress, juga membina relasi dengan anggota keluarga baru. Isu lain yang bisa muncul pada tahap ini adalah ketika anggota keluarga menghadapi sakit kronis (Svavarsdottir, E.K., et al., 2020), pola hidup tidak sehat seperti alcoholic, obesitas dan penyakit komorbid (Vasiljevic, Z., Svenssona, R., Shannon., D., 2021; Forrest, K.Y.Z, et.al., 2017); perbedaan prinsip antara orang tua dengan pilihan anak, seperti LGBT (Eisenberg, M.E., et al., 2020), sikap perilaku dominasi pada pasangan (Park, S., & Kim, S.H., 2018); komunikasi antara anak dan orang tua, serta transisi peran bagi suami istri yang baru dan orang tua masing masing (Hamid, A.Y.S., et al, 2010).

7. Keluarga orang tua paruh baya

Siklus ini merupakan masa pertengahan bagi orang tua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pension atau kematian pasangan. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan hubungan yang bermakna antara pasangan dan anak, serta memperkuat hubungan pernikahan (Nies, M.A and McEwen, M., 2015).

Keluarga di tahap ini menghadapi perubahan dan penyesuaian pada fisiologis / penuaan, keintiman dalam pernikahan, penghasilan atau status ekonomi, masalah kesehatan dan perubahan status untuk menjadi kakek nenek (Hamid, A.Y.S., et al, 2010). Isu yang seringkali dihadapi adalah penerapan pola hidup sehat, penyakit kronis, penyakit keganasan (Kaakine, J.R. et al, 2018). Selain itu dukungan keluarga ketika sakit (Yuniartika, W. & Muhammad, F., 2019); kemampuan keluarga dalam merawat lansia, mengambil alih tugas lansia, respon keluarga dalam merawat yang merupakan tindakan untuk

memenuhi kebutuhan lansia secara holistik (Badriah, S., et.al., 2014; Kholifah, S.N., et al., 2011).

8. Keluarga lansia pensiunan/keluarga dalam tahun terakhir

Tahap ini dimulai pada saat salah satu pasangan atau keduanya memasuki masa pensiun, berakhir pada saat pasangan atau keduanya meninggal. Tugas keluarga tahap ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan dengan kehilangan pasangan dan menyesuaikan terhadap pengeluaran yang berkurang. Selanjutnya, berupaya mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, serta melanjutkan untuk merasionalisasikan kehilangan keberadaan anggota keluarga (Nies, M.A and McEwen, M., 2015). Beberapa isu dan perhatian yang dibutuhkan pada tahapan ini adalah penyesuaian pada disabilitas fungsional dari lansia, penyakit kronik, isolasi social, berduka/depresi dan gangguan kognitif (Hamid, A.Y.S., et al, 2010); masalah nutrisi, penggunaan obat-obatan, keamanan dan keselamatan (Nies, M.A and McEwen, M., 2015); juga isu menjelang ajal atau perawatan paliatif (Hollander, D.D., et al., 2020).

B. Isu Praktik, Pendidikan, Penelitian dan Kebijakan dalam Keperawatan Keluarga

Berdasarkan literatur, beberapa trend – isu lainnya terkait keperawatan keluarga (Hamid, A.Y.S., et al, 2010), adalah:

- Kesenjangan antara teori, penelitian dan praktik klinik
- Integrasi keperawatan keluarga kedalam praktik
- Peralihan kekuasaan dan kendali dari penyedia pelayanan kepada keluarga
- Bekerja lebih efektif dengan ragam budaya keluarga
- Globalisasi keperawatan keluarga

- Muatan pada kurikulum keperawatan keluarga
- Penelitian intervensi keperawatan keluarga
- Keterlibatan perawat keluarga dalam membentuk kebijakan terkait perawatan keluarga

REFERENSI

- Badriah, S., Wiarsih, W., Permatasari, H., (2014). Pengalaman keluarga dalam merawat lanjut usia dengan diabetes mellitus. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 17, No.2, Juli 2014, hal 57-64. pISSN 1410-4490, eISSN 2354-9203
- Bowden V.R., Greenberg, C.S. (2010). *Children and Their Family; the continuum of care*. Sixth edition. Lippincott Williams & Wilkins at 530 Walnut Street, Philadelphia
- Ure, C., Burns, R.J., Hargreaves, S.C., et al. (2021). How can communities influence alcohol licensing at a local level? Licensing officers' perspectives of the barriers and facilitators to sustaining engagement in a volunteer-led alcohol harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy* 98 (2021) 103412. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103412>
- CDC. (2019). Reproductive health; maternal dan infant health. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal_infant_thealth/index.html
- Derksena, D.E., Kunst, A.E., Murugesua, L., Jaspers, M.W.M. and Fransena, M.P. (2021). Smoking cessation among disadvantaged young women during and after pregnancy: Exploring the role of social networks. *Elsevier, Midwifery* 98 (2021) 102985. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102985>
- Dona MujiFitriana, YuniSufyantiArief, Ilya Krisnana. (2020). The Correlation Between Parents' Self-Determination With Behavioral Prevention Of Picky Eating In Toddlers. <https://injec.aipni-ainec.org/index.php/INJEC/article/view/310>
<http://dx.doi.org/10.24990/injec.v5i2.310>
- Efektifitas Asuhan Keperawatan Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Mengatasi Masalah Kesehatan Di keluarga.

<https://sorot.ejournal.unri.ac.id/index.php/JS/article/view/2003/1971>

- Efendi, F dan Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas, Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Eisenberg, Marla E. ScD, MPH; Puhl, Rebecca PhD; Watson, Ryan J. PhD *Family Weight Teasing, LGBTQ Attitudes, and Well-being Among LGBTQ Adolescents, Family & Community Health: January/March 2020 - Volume 43 - Issue 1 - p 17-25* doi: 10.1097/FCH.0000000000000239
- Forrest, K. Y. Z., Leeds, M. J., & Ufelle, A. C. (2017). *Epidemiology of Obesity in the Hispanic Adult Population in the United States. Family & Community Health, 40(4), 291–297.* doi:10.1097/fch.0000000000000160
- Fullerton, L., FitzGerald, C. A., Hall, M. E., Green, D., DeBruyn, L. M., & Peñalosa, L. J. (2019). *Suicide Attempt Resiliency in American Indian, Hispanic, and Anglo Youth in New Mexico. Family & Community Health, 42(3), 171–179.* doi:10.1097/fch.0000000000000223
- Ganong, L. H. (1995). *Current Trends and Issues in Family Nursing Research. Journal of Family Nursing, 1(2), 171–206.* doi:10.1177/107484079500100204
- Gustiani, Y., Ungsianik, T. (2016). *Gambaran fungsi afektif keluarga dan perilaku seksual remaja. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 19 No.2, Juli 2016, hal 85-91. pISSN 1410-4490, eISSN 2354-9203*
- Hall, W. A. (2007). *Imposing Order. Journal of Family Nursing, 13(1), 56–82.* doi:10.1177/1074840706297588
- Hamid, A.Y.S., Sutarna, A., Subekti, N.B, Yulianti, D., Herdina, N. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktek, Ed.5. Terjemahan dari Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2003). Family Nursing: research, theory and practice. EGC, Jakarta.*

- Harris, C., Vazsonyi, A. T., Özdemir, Y., & Sağkal, A. S. (2020). Family environment and school engagement: An investigation of cross-lagged effects. *Journal of Adolescence*, 84, 171–179. doi:10.1016/j.adolescence.2020.08
- Hollandera, D.D., Albertynb, R., Ambler, J. (2020). Palliation, end-of-life care and burns; practical issues, spiritual care and care of the family – A narrative review II. *African Journal of Emergency Medicine* 10 (2020) 256 – 260. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.07.011>
- Kaakinen, J.R., Steele, R., Coehlo, D.P., Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing; theory, practice and research*. Sixth edition. F.A. Davis Company, Philadelphia USA.
- Kholifah, S.N., Yeti, K., dan Besral. (2011). Kemampuan keluarga merawat usia lanjut berdasarkan karakteristik keluarga dan usia lanjut. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, volume 14. No. 1; hal 1-8.
- Latva, R., & Furmark, C. (2020). Family Support; International Trends. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. doi:10.1016/b978-0-12-809324-5.21817-8
- Lee Combrinck-Graham. (1985). A Developmental Model for Family Systems., 24(2), 139–150. doi:10.1111/j.1545-5300.1985.00139.x
- Lemacks, Jennifer L., Greer, Tammy. (2020). Perceived Family Social Support for Healthy Eating Is Related to Healthy Dietary Patterns for Native Americans, *Family & Community Health: January/March 2020 - Volume 43 - Issue 1 - p 26-34* doi: 10.1097/FCH.0000000000000249
- Mulyono, S., Nurachmah, E., Sahar, J., Prasetyo, S. (2017). Model kolaborasi guru, siswa, dan keluarga (kogusiga) meningkatkan pengetahuan dan keterampilan guru tentang keamanan makanan anak sekolah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 20 No.2, Juli 2017, hal 110-117. pISSN

- 1410-4490, eISSN 2354-9203. DOI: 10.7454/jki.v20i2.534
- Molina, Yamilé, et.al. (2019). Understanding Complex Roles of Family for Latina Health, *Family & Community Health: October/December 2019 - Volume 42 - Issue 4 - p 254-260* doi: 10.1097/FCH.0000000000000232
- Nies, M.A and McEwen, M. (2015). *Community/public health nursing: promoting the health of populations*. 6th Edition. Saunders, Elsevier Inc.
- Nur Eni Lestari, Yeni Koto. The Effectiveness Of Bullying Curriculum For Prevention And Management Of Bullying In School-Aged Children. <https://injec.aipni-aine.org/index.php/INJEC/article/view/249>
<http://dx.doi.org/10.24990/injec.v4i2.24>
- Park, S., & Kim, S.-H. (2018). The power of family and community factors in predicting dating violence: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 40*, 19–28. doi:10.1016/j.avb.2018.03.002
- Prioritizing Family Health of Older People in Europe: Current State and Future Directions of Family Nursing and Family-Focused Care. (2019). *Journal of Family Nursing, 25*(2), 163–169. doi:10.1177/1074840719852547
- Russell, L. T. (2020). Capturing Family Complexity in Family Nursing Research and Practice. *Journal of Family Nursing, 26*(4), 287–293. <https://doi.org/10.1177/1074840720965396>
- Svavarsdottir, ErlaKolbrun; Kamban, Solrun W.; Konradsdottir, ElÁ-sabet; Sigurdardottir, Anna Olafia (2020). The Impact of Family Strengths Oriented Therapeutic Conversations on Parents of Children with a New Chronic Illness Diagnosis. *Journal of Family Nursing, 26*(3), 269–281. doi:10.1177/1074840720940674
- UNICEF. (2020). *Childhood Diseases*. <https://www.unicef.org/health/childhood-diseases>

- Vasiljevic, Z., Svenssona, R., Shannon., D. (2021). Trends in alcohol intoxication among native and immigrant youth inSweden, 1999-2017: A comparison across family structure and parentalemployment status. Elsevier, International Journal of Drug Policy 98 (2021) 103397. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103397>
- WHO. (2019). Maternal mortality. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- WHO. (2020). Newborns: improving survival and well-being. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- WHO. (2020). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- WHO. (2021). Adolescent and young adult. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Yuniartika, W.dan Muhammad, F. (2019). Family Support on the Activities of Elderly Hypertension Patients in Elderly Gymnastics Activities. JurnalNersVol. 14, No. 3, Special Issue 2019. [http://dx.doi.org/10.20473/jn.v14i3\(si\).17213](http://dx.doi.org/10.20473/jn.v14i3(si).17213)

PROFIL PENULIS

Helmi Rumbo

Lahir di Buol, 14 September 1985. Telah menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan dan profesi ners di UNIKA De La Salle Manado, tahun 2007. Melanjutkan pendidikan magister keperawatan (Major: Family and Community Health in Nursing) di Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira - Universitas Katsetsart Bangkok, tahun



2014-2016. Sekarang ini bekerja sebagai dosen professional pada bidang ilmu keperawatan dan juga terlibat aktif dalam proses bimbingan mahasiswa praktek klinik - profesi di Rumah Sakit atau Lapangan. Status sebagai dosen tetap yayasan di STIK Indonesia Jaya sejak 2013, menjabat sebagai ketua program studi profesi ners sejak 2017. Pernah bekerja sebagai perawat di rumah sakit Medistra Jakarta tahun 2008, di rumah sakit Siloam Lippo Cikarang dan MRCCC Jakarta (2008-2012).

Beberapa karya ilmiah terakhir dipublikasikan pada jurnal nasional, internasional seperti Healthy Tadulako Journal 7 (Vol.2) 109-117; KnE Life Sciences / The 4th International Virtual Conference on Nursing / Pages 299-309; Pustaka Katulistiwa: Karya Tulis Ilmiah Keperawatan 2 (Vol. 1), 18-24; dan Sociology Study 6 (Vol. 12), 745-753.

Email Penulis: helmi.rumbo@gmail.com

PENUTUP

Kami Tim Penulis Buku **KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING)**".

Terdiri Dari

Niswa Salamung, S. Kep., Ns., M. Kep ; Melinda Restu Pertiwi, S.Kep., Ns., M.Kep ; M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep ; Siti Riskika, S.Kep., Ns., M.Kep ; Nurul Maurida, S.Kep., Ns., M.Kep ; Suhariyati, S.Kep., Ns., M.Kep ; Nesy Anggun Primasari, S.Kep.,Ns., M.Kep ; Noviany B. Rasiman, S.Kep, Ns., M.N.S ; Dely Maria P, S.Kep., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom ; Helmi Rumbo, S.Kep., Ns., M.N.S

Mengucapkan Terima Kasih untuk semua Pihak yang terlibat dalam Pembuatan Buku ini dan Semoga Suatu saat kami bisa melanjutkan Tulisan kami di edisi selanjutnya dengan Tema Buku yang sama ataupun berbeda.

“Family gives you the roots to stand tall and strong and There is no place like home.”

(Keluarga memberimu akar untuk berdiri tegak dan kuat (Tidak ada tempat seperti rumah)

TIM PENULIS