

Buku Ajar

KEPERAWATAN KELUARGA

DIII KEPERAWATAN



Lucia Firsty PK • Sutiyah Heni • Heri Triwibowo
Praty Milindasari • Anni Sinaga • Ratna Kusuma Astuti
Lailiyatul Munawaroh • Enik Suharyanti

BUKU AJAR

KEPERAWATAN KELUARGA

DIII KEPERAWATAN

Penulis :

Lucia Firsty PK, SKM., M.Kes.
Sutiyah Heni, S.Kep., Ns., M.Kes.
Heri Triwibowo, SKM., SKep.,Ns., M.Kes.
Praty Milindasari, M.Kes.
Anni Sinaga, S.Kp., M.Kep.
Ratna Kusuma Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Lailiyatul Munawaroh, M.Kep.
Enik Suhariyanti, S.Kep., Ners., M.Kep.



BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA DIII KEPERAWATAN

Penulis:

Lucia Firsty PK, SKM., M.Kes.
Sutiyah Heni, S.Kep., Ns., M.Kes.
Heri Triwibowo, SKM., SKep.,Ns., M.Kes.
Praty Milindasari, M.Kes.
Anni Sinaga, S.Kp., M.Kep.
Ratna Kusuma Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Lailiyatul Munawaroh, M.Kep.
Enik Suhariyanti, S.Kep., Ners., M.Kep.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-623-8775-21-7

Cetakan Pertama: Oktober, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami dapat menyelesaikan buku dengan judul: "**BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA DIII KEPERAWATAN**".

Penyusunan Buku Ajar Keperawatan Keluarga DIII Keperawatan ini bertujuan untuk memberikan materi pembelajaran yang komprehensif, sistematis, dan aplikatif tentang keperawatan keluarga kepada mahasiswa Diploma III Keperawatan, yang akan berperan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga di berbagai *setting* pelayanan kesehatan. Selain itu dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang holistik, komprehensif, dan kontinu dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan serta menstimulasi mahasiswa untuk melakukan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan keluarga.

Dalam buku ini disajikan pokok-pokok bahasan antara lain: konsep pelayanan kesehatan primer; konsep komunitas; konsep keluarga; model konseptual keperawatan keluarga; tren dan issue keperawatan keluarga; manajemen sumber daya keluarga; asuhan keperawatan keluarga; pengkajian asuhan keperawatan keluarga; tindakan keperawatan keluarga; aplikasi asuhan keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan sesuai tahap perkembangan.

Kami menyadari bahwa buku ini masih memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan, baik dari segi isi, penyajian, maupun bahasa. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif dari para pembaca, agar buku ini dapat diperbaiki dan disempurnakan di masa mendatang. Kami juga berterima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung kami dalam menyelesaikan buku ini, khususnya kepada penerbit yang telah menerbitkan buku ini dengan baik. Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi positif bagi perkembangan ilmu dan praktik keperawatan keluarga di Indonesia.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB 1 KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER.....1

A. Definisi Pelayanan Kesehatan Dasar (<i>Primary Health Care</i>)	4
B. Tujuan Pelayanan Kesehatan Dasar (<i>Primary Health Care</i>).....	6
C. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Dasar (<i>Primary Health Care</i>).....	6
D. Ciri-ciri Pelayanan Kesehatan Dasar (<i>Primary Health Care</i>).....	12
E. Prinsip-prinsip Pelayanan Kesehatan Dasar (<i>Primary Health Care</i>).....	12
1. Pemerataan upaya kesehatan	12
2. Penekanan pada upaya preventif	12
3. Penggunaan teknologi.....	12
4. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian	13
5. Kerjasama lintas sektoral dalam membangun kesehatan.....	13
F. Tanggung Jawab Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (<i>Primary Health Care</i>)	13
G. Elemen-elemen Pelayanan Kesehatan Dasar (<i>Primary Health Care</i>).....	18
H. Tantangan Dalam Penyelenggaraan Kesehatan Dasar (<i>Primary Health Care</i>)	18
I. Latihan.....	19
J. Rangkuman Materi.....	22
K. Glosarium.....	22
L. Daftar Pustaka	23

BAB 2 KONSEP KELUARGA 25

A. Definisi Keluarga	27
B. Struktur Keluarga	28
1. Dominasi struktur keluarga	28
2. Ciri-ciri struktur keluarga.....	29
3. Elemen struktur keluarga	29

4. Tipe/bentuk keluarga.....	29
C. Peran Keluarga	31
1. Peranan Ayah	32
2. Peranan Ibu.....	32
3. Peranan Anak.....	32
D. Fungsi Keluarga	32
E. Tugas Keluarga dalam Bidang kesehatan	36
F. Perkembangan Keluarga.....	36
G. Peran Perawat Keluarga	55
1. Pendidik.....	55
2. Koordinator.....	56
3. Pelaksana	56
4. Pengawas kesehatan.....	56
5. Konsultan	56
6. Kolaborasi.....	56
7. Fasilitator	56
8. Penemu kasus.....	57
9. Modifikasi lingkungan.....	57
H. Latihan Soal	57
I. Rangkuman Materi.....	62
J. Glosarium.....	63
K. Daftar Pustaka	63

BAB 3 MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN KELUARGA 65

A. Pengertian Model Konsep Keperawatan.....	68
B. Tujuan dari Teori dan Model Keperawatan.....	69
1. Tujuan Teori Keperawatan (Salamung et al., 2021)	69
2. Tujuan Model Keperawatan	69
C. Karakteristik dari Teori dan Model Keperawatan.....	69
D. Model Konseptual Keperawatan Keluarga	70
1. Model Lingkungan dari Florence Nightingale.....	70

2. Teori Imogene King tentang Pencapaian Ilmu.....	72
3. Model Sister Callista Roy tentang Adaptasi (Adaptation Model).....	74
4. Model Betty Neuman tentang Sistem Kesehatan (System Model).....	75
5. Model Dorothea E. Orem tentang Perawatan Diri (Self Care Deficit Theory of Nursing)	76
6. Teori Martha E. Rogers tentang Manusia Seutuhnya (Unitary Human Beings)	78
7. Model Friedman.....	79
8. Model Jean Watson tentang Transpersonal Caring	80
E. Latihan Soal.....	81
F. Rangkuman Materi.....	83
G. Glosarium	84
H. Daftar Pustaka.....	84

BAB 4 TREND DAN ISU DALAM KEPERAWATAN KELUARGA 85

A. Perkembangan dan Trend dalam Keperawatan Keluarga.....	93
B. Isu Etika dalam Keperawatan Keluarga.....	99
C. Keperawatan Keluarga dalam Konteks Kesehatan Global Pengaruh Faktor Sosial dan Budaya.....	102
D. Pengembangan Keahlian dalam Keperawatan Keluarga.....	105
E. Studi Kasus dan Aplikasi Praktis	108
1. Studi Kasus dalam Keperawatan Keluarga.....	108
2. Kasus-Kasus Umum dalam Praktik Keperawatan Keluarga.....	108
3. Strategi Penyelesaian Masalah dan Evaluasi Kasus	109
4. Penerapan Pengetahuan Teori ke dalam Praktik Keperawatan Keluarga	110
5. Contoh Kasus dan Penerapan Teori Perawatan Keluarga dengan Penyakit DM	111
F. Latihan Soal.....	112
G. Rangkuman Materi.....	119
H. Glosarium	119

I.	Daftar Pustaka.....	120
BAB 5 MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA.....	121	
A.	Definisi Manajemen Sumber Daya Keluarga	124
1.	Manajemen dalam Keluarga.....	124
2.	Sumber Daya Keluarga.....	125
3.	Manajemen Sumber Daya Keluarga	127
B.	Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga dan Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga	129
1.	Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga	129
2.	Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga.....	129
C.	Latihan Soal.....	132
D.	Rangkuman Materi.....	133
E.	Glosarium.....	134
F.	Daftar Pustaka.....	134
BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	135	
A.	Pengkajian	137
B.	Analisis Data.....	143
C.	Diagnosis.....	144
D.	Skoring	148
E.	Intervensi Keperawatan Keluarga.....	151
F.	Implementasi	162
G.	Evaluasi.....	164
H.	Latihan Soal.....	169
I.	Glosarium.....	171
J.	Daftar Pustaka.....	171
BAB 7 PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA.....	173	
A.	Pengertian Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga	175
B.	Sumber Data, Pengelompokan Data Dan Informasi	175
C.	Pengkajian Tingkat Kemandirian Keluarga.....	176
D.	Instrumen Pengkajian Keluarga Model Friedman	177
E.	Latihan Soal.....	182

F. Rangkuman Materi.....	184
G. Glosarium.....	184
H. Daftar Pustaka	185
BAB 8 TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA	187
A. Pengertian tindakan keperawatan pada keluarga.....	190
B. Tujuan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga	190
C. Prinsip pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga	190
D. Penerapan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga	191
E. Tahapan tindakan keperawatan keluarga.....	192
F. Latihan Soal.....	196
G. Rangkuman Materi.....	197
H. Glosarium.....	198
I. Daftar Pustaka	198
PROFIL PENULIS.....	199

BAB 1

KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

Pendahuluan

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.

Pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metoda dan teknologi praktis, ilmiah, dan sosial yang dapat diterima oleh umum (masyarakat, keluarga, dan individu) melalui peranserta mereka sepenuhnya serta dengan biaya yang terjangkau.

Judul: Konsep Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*)

Pengantar Penulis:

Sutiyah Heni, S.Kep.Ns., M.Kes

Dosen : Program Studi D3 Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri

Dosen Mata Kuliah : Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, Promosi Kesehatan Klinik, Ilmu Biomedik Dasar, Komunikasi Dalam Keperawatan dan Keperawatan Keluarga.

Tujuan Buku: Buku ini dibuat untuk memahami dan dapat menjelaskan tentang Konsep Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*), sehingga pembaca dapat menerapkan bagaimana Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*) yang ada di Indonesia.

Sasaran Pembaca: Buku ini ditujukan untuk siswa sekolah menengah kejuruan kesehatan, mahasiswa di bidang kesehatan dan tenaga profesional kesehatan.

Isi Buku: Buku ini menjelaskan tentang Konsep Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*) yang di dalamnya memuat tentang :

1. Definisi Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
2. Tujuan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
3. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
4. Ciri-ciri Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
5. Prinsip-prinsip Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
6. Tanggung Jawab Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
7. Elemen-elemen Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

Metode Pembelajaran: Secara tesk tulisan, latihan dan sumber daya tambahan.

Pendekatan Pembelajaran: Pembeajaran Aktif

Pedoman Penggunaan: Buku ini harus dibaca secara teliti dan latihan-latihan soalnya semua diambilkan dari materi yang sudah ada.

Daftar Isi:

1. Definisi Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
2. Tujuan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
3. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
4. Ciri-ciri Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
5. Prinsip-prinsip Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
6. Tanggung Jawab Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)
7. Elemen-elemen Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran :

1. Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan secara professional dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (CPL.02)
2. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dan menguasai keterampilan dasar keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien melalui kerja tim (CPL.03)
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mengutamakan keselamatan klien dan mutu pelayanan berdasarkan perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan untuk

meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memperhatikan prinsip caring sesuai kode etik profesi (CPL.05)

Tujuan Intruksional

Mampu memahami Konsep Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*)

Capaian Pembelajaran

Mampu mendemonstrasikan prinsip ilmu keperawatan pada asuhan keperawatan pada klien baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan memperhatikan prinsip caring.

Uraian Materi

Pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metoda dan teknologi praktis, ilmiah, dan sosial yang dapat diterima oleh umum (masyarakat, keluarga, dan individu) melalui peranserta mereka sepenuhnya serta dengan biaya yang terjangkau. 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).

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

Beberapa definisi tentang Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*), dibawah ini :

Pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metoda dan teknologi praktis, ilmiah, dan sosial yang dapat diterima oleh umum (masyarakat, keluarga, dan individu) melalui peranserta mereka sepenuhnya serta dengan biaya yang terjangkau. 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).

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).

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)

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

Pelayanan kesehatan dasar mengacu pada pendekatan terhadap Kesehatan dan spectrum 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).

Dari beberapa definisi di atas tentang Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*) yang tetap menjadi acuan global adalah definisi yang dikeluarkan oleh WHO. *Primary Health Care* (PHC) adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan pada 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 dan menentukan nasib sendiri. 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*).

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

Apa yang menjadi tujuan umum *Primary Health Care* / PHC?

Tujuan umum PHC adalah mendapatkan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan. Sedangkan yang menjadi tujuan khusus adalah berikut ini:

1. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani.
2. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani.
3. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani.
4. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

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

1. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
2. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
3. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar.
4. Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
5. Immuniasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
6. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
7. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa.
8. Penyediaan obat-obat essensia

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).

Laevel and Clark (1965) menegaskan bahwa apapun perubahannya 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

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.

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 toxoid (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

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 1.1 Rincian Kegiatan Pelayanan Kehatan Masyarakat (PKM) dan Pelayanan Kesehatan Perorangan (PKP)

Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PKM)		Pelayanan Kesehatan Perorangan (PKP)
PKM Esensial	PKM Pengembangan	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan promosi kesehatan termasuk UKS 2. Pelayanan kesehatan lingkungan 3. Pelayanan KIA dan KB yang bersifat PKM 4. Pelayanan gizi yang bersifat PKM 5. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit 6. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kesehatan jiwa 2. Pelayanan kesehatan gigimasyarakat 3. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer 4. Pelayanan kesehatan olahraga 5. Pelayanan kesehatan indra 6. Pelayanan kesehatan lansia 7. Pelayanan kesehatan kerja 8. Pelayanan kesehatan lainnya sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan pemeriksaanumum 2. Pelayanan kesehatan gigi danmulut 3. Pelayanan KIA/KByang bersifat PKP 4. Pelayanan Gawat Darurat 5. Pelayanan gizi yang bersifat PKP 6. Pelayanan persalinan 7. Pelayanan RawatInap (di Puskesmas perawatan) 8. Pelayanan kefarmasian 9. Pelayanan laboratorium

Sumber: Permenkes No.75/2014 tentang Puskesmas

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 1.2 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 ibubersalin mendapatkan pertolongan persalinan sesuai standar
3.	Pelayanan kesehatan bayi barulahir	Sesuai standar pelayanan bayi baru lahir	Bayi barulahir	Setiap bayi barulahir mendapatkan pelayanan sesuai standar
4.	Pelayanan kesehatan balita	Sesuai standar pelayanan kesehatan Balita	Anak balita	Setiap balitamendapatkan 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 gangguan jiwa	Sesuai standar pelayanan TB	Penderita ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) berat	Setiap ODGJ mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
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

Penerapan paradigma pendekataan 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 ekslusif;
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.

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

Ciri – ciri Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*), 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 ; dan
8. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja.

E. Prinsip-prinsip Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

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

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 didesa, 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).

F. Tanggung Jawab Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

1. Definisi Keperawatan

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

2. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan 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. Asuhan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik maupun mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan untuk menuju kepada kemampuan kehidupan sehari-hari secara mandiri. Asuhan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan aturan, wewenang, tanggung jawab serta sesuai dengan etika profesi keperawatan.

3. Profesi sebagai perawat memiliki falsafah yang bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan.
 - a. Keperawatan menganut pandangan yang holistic terhadap manusia yaitu keutuhan sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual.
 - b. Keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistic dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia.
 - c. Keperawatan bersifat universal dalam arti membedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran poliyik dan status ekonomi sosial.
 - d. Keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan
 - e. Keperawatan menganggap klien sebagai patner aktif dalam pemberian asuhan keperawatan.

Peran perawat diantaranya adalah pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, sebagai pendidik/ penyuluhan kesehatan, koordinator pelayanan kesehatan, konselor keperawatan, contoh (*role model*), pemodifikasi lingkungan, konsultan, advokat, pengelola, peneliti dan pembaharu (*inovator*).

Menurut Depkes, 2006 untuk peran perawat dengan lulusan D3 hanya memiliki peran sebagian saja, antara lain :

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 (*komprehensif*). 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 mendekripsi 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 mananamkan 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, menjeman 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 kolaborator

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).

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 suhan diri sendiri pada masyarakat
- d. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
- e. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

G. Elemen-elemen Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*)

1. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
2. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi.
3. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar.
4. Kesehatan ibu dan anak termasuk KB.
5. Imunisasi terhadap penyakit- penyakit infeksi utama.
6. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat.
7. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa.
8. Penyediaan obat-obat essential.

H. Tantangan Dalam Penyelenggaraan 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 preventifsekaligus 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.

I. Latihan

1. Apa ciri-ciri *Primary Health Care* ?

- a. Pelayanan yang tidak terorganisasi
- b. Pelayanan yang tidak berkesinambungan
- c. Pelayanan yang tidak progresif
- d. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat
- e. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga sendiri

2. Apakah tujuan khusus dari *Primary Health Care* ? Kecuali

- a. Pelayanan yang menjangkau seluruh penduduk
- b. Pelayanan yang dapat diterima oleh seluruh penduduk
- c. Pelayanan khusus individu
- d. Pelayanan yang berdasarkan pada kebutuhan medis dari populasi
- e. Pelayanan yg menggunakan seluruh sumberdaya secara maksimal

3. Ruang lingkup (elemen-elemen) *Primary Health Care*, yang paling tepat adalah?

- a. Penurunan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
- b. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya
- c. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar yang kurang
- d. Kesehatan di prioritaskan pada ibu termasuk keluarga berencana
- e. Imunisasi yang tidak di berikan terhadap penyakit-penyakit infeksi utama

4. Tanggung jawab perawat dalam *Primary Health Care*, berupa?

- a. Partisipasi yang tidak aktif dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan

- b. Kebersihan masyarakat, keluarga dan individu
 - c. Mengabaikan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat
 - d. Koordinasi kegiatan yang kurang baik dalam pengembangan kesehatan masyarakat
 - e. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
5. Ciri-ciri *Primary Health Care* adalah ?
- a. Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
 - b. Pelayanan kelompok
 - c. Pelayanan dengan memandang 1 aspek
 - d. Pelayanan yang mengharapkan imbalan
 - e. Pelayanan yang bermutu
6. Apakah penarahan tenaga kesehatan dalam *Primary Health Care*?
- a. Mendorong masyarakat
 - b. Konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri kepada masyarakat
 - c. Bimbingan dan dukungan kepada masyarakat
 - d. Pengembangan kesehatan masyarakat
 - e. Membina kerjasama dengan masyarakat – keluarga – individu
7. Meningkatnya kesehatan masyarakat dalam arti memenuhi beberapa indicator ?
- a. Angka kesakitan meningkat
 - b. Angka kematian meningkat, terutama angka kematian bayi dan anak
 - c. Angka kelahiran menurun
 - d. Meningkatnya angka kekurangan gizi pada anak balita
 - e. Angka kematian lansia menurun
8. Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan, kecuali ?
- a. Dukun
 - b. Rumah Sakit
 - c. Praktek Mandiri
 - d. Klinik
 - e. Puskesmas

9. Apakah alasan asuhan keperawatan perlu dilakukan?
- Adanya kelemahan diri
 - Keterbatasan kemampuan
 - Kurang kemampuan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri.
 - Kegiatan tidak dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan
 - Pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan (Prinsip *Primary Health Care*) tanpa prinsip ini
10. Dibawah ini apakah yang termasuk falsafah keperawatan?
- Keperawatan tanpa menganut pandangan yang holistik terhadap manusia (keutuhan sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual).
 - Kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistic (menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia).
 - Keperawatan bersifat versal dalam arti membedakan; ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran politik dan status ekonomi sosial)
 - Keperawatan adalah bagian interval dari pelayanan kesehatan
 - Keperawatan menganggap klien sebagai partner dalam arti perawat selalu bekerjasama dalam pemberian asuhan keperawatan
11. Menurut UU No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan pasal 29, perawat bertugas sebagai, kecuali?
- Pemberian Asuhan Keperawatan (*care provider*)
 - Penyuluhan dan Konselor Bagi Klien
 - Pengelola Pelayanan Keperawatan
 - Peneliti Keperawatan
 - Pelaksana Tugas Berdasarkan Wewenang

Kunci Jawaban

- D
- C
- B
- E
- A
- E

7. C
8. A
9. C
10. B
11. E

J. Rangkuman Materi

Primary Health Care/ 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.

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)

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

Tujuan umum PHC adalah mendapatkan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.

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.

K. Glosarium

- PHC : *Primary Health Care*
SDM : Sumber Daya Manusia
WHO : *World Health Organization*
PUS : Pasangan Usia Subur
TBC : Tuberkulosis

ANC	: Antenatal Care
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KB	: Keluarga Berencana
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
USILA	: Usia Lanjut
SP2TP	: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu
TT	: Tetanus Toksoid
KMS	: Kartu Menuju Sehat
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PKM	: Pelayanan Kesehatan Masyarakat
PKP	: Pelayanan Kesehatan Perorangan
SPM	: Standart Pelayanan Minimal
WNI	: Warga Negara Indonesia
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa
HIV	: <i>Human Imuno Viruse</i>

L. Daftar Pustaka

- Atik Qurrota A'Yunin Al-Isyrofi. (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-bpjjs-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 Terpencildan Tidak Terpencil di Kawasan Tengah Indonesia. Depok: Tesis FKM-UI
- Friedman, M. M., Bowden, V.R., & Jonse, E.G.2018.Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset Teori dan Praktik (5th ed).EGC.
- Kemenkes, RI. 2016. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2018). Penguanan 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.
- Maria, H.B. 2018. Asuhan Keperawatan Keluarga. Pustaka Bara Press.
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika.

- Nadirawati.2018. Asuhan Keperawatan keluarga: Teori dan Aplikasi Praktik (1st ed.). PT Refika Aditama.
- 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.
- Salamung, Niswa, dkk .2021. KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING).Duta Media Publishing.
- Stanhope dan Lancaster. (1997). Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals. Mosby Inc. Saint Louis.Terjemahan Syam M 1997, Program Pengalaman

BAB 2

KONSEP KELUARGA

Pendahuluan

Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan yang terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan komunitas. Apabila setiap keluarga sehat, akan tercipta komunitas yang sehat. Masalah kesehatan yang dialami oleh salah satu anggota keluarga dapat memengaruhi anggota keluarga yang lain. Masalah kesehatan yang dialami oleh sebuah keluarga dapat memengaruhi sistem keluarga tersebut dan memengaruhi komunitas setempat, bahkan komunitas global. Sebagai contoh, apabila ada seorang anggota keluarga yang menderita penyakit demam berdarah, nyamuk sebagai faktor penyebab dapat menggigit keluarga tetangganya. Hal tersebut dapat memengaruhi sistem keluarga tersebut dan memengaruhi komunitas tempat keluarga tersebut menetap. Membangun Indonesia Sehat seharusnya dimulai dengan membangun keluarga sehat sesuai dengan budaya keluarga.

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang secara terus menerus mengakibatkan tingkat pendidikan dan teknologi semakin maju. Orang dengan mudah berobat dan tidak takut dengan penyakit berbahaya. Tapi hal ini dipengaruhi oleh peningkatan biaya pengobatan sementara masyarakat, masih banyak yang hidup dibawah garis kemiskinan. Oleh karena itu masyarakat Indonesia harus sudah mengenal *kesehatan keluarga* dari sekarang agar masyarakat mengenal arti pentingnya kesehatan dan oleh sebab itu disini akan dibahas tentang konsep keperawatan keluarga dalam keperawatan di Indonesia. Agar masyarakat Indonesia hidup sehat keperawatan keluarga merupakan salah satu area spesialis dalam keperawatan yang berfokus kepada keluarga sebagai target pelayanan. Tujuan dari keperawatan keluarga adalah untuk meningkatkan *kesehatan keluarga* secara menyeluruh dan setiap anggota keluarga.

Untuk itu marilah kita belajar bersama terkait Konsep Keluarga Keluarga yang dipaparkan dalam Bab ini. Setelah mempelajari Bab ini dengan sungguh-sungguh, akhir proses pembelajaran, anda diharapkan dapat menjelaskan:

1. Menjelaskan Definisi Keluarga
2. Menjelaskan Struktur Keluarga
3. Menjelaskan Tipe Keluarga
4. Menjelaskan Fungsi Keluarga
5. Menjelaskan Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan
6. Menjelaskan Perkembangan Keluarga
7. Menjelaskan Keluarga Sejahtera
8. Menjelaskan Peran Perawat Keluarga

Untuk memudahkan anda mempelajari bab ini, berikut langkah-langkah belajar yang harus anda lakukan sebagai berikut.

1. Pahami dulu mengenai pentingnya perawat memahami konsep Keluarga, Struktur, Type, Fungsi, Tugas Keluarga, Perkembangan Keluarga, Keluarga Sejahtera
2. Amati bagaimana kondisi kesehatan keluarga sesuai tahap perkembangannya yang ada saat ini.
3. Pelajari setiap topik secara bertahap, dan kerjakan tes dan tugas yang ada di bab ini.
4. Keberhasilan proses pembelajaran sangat tergantung pada kesungguhan Anda untuk mempelajari isi bab ini.
5. Silakan hubungi fasilitator atau dosen yang mengajar bab ini untuk mendapatkan penjelasan lebih mendalam.
6. Kami yakin anda memiliki semangat dan motivasi tinggi untuk mempelajari bab ini

Uraian Materi

A. Definisi Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. (*Duvall dan Logan, 1986*).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. (*Bailon dan Maglaya, 1978*).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang bergabung karena ikatan tertentu untuk berbagi pengalaman dan pendekatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. (*Friedman, 1998*).

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (*Departemen Kesehatan RI, 1988*).

Keperawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai sarana. (*Salviction G. Bailon dan Araciles Maglaya, 1978*).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau pengangkatan, yang hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dengan peranannya masing-masing, menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Bailon dan Maglaya, 2009). Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Keluarga sebagai kelompok terdiri atas dua atau lebih individu yang dicirikan oleh istilah khusus, yang mungkin saja memiliki atau tidak memiliki hubungan darah atau hukum yang menciri-kan orang tersebut ke dalam satu keluarga (Whall, 2000).

Dalam konteks keindonesiaan, Departemen Kesehatan RI (1988) mendefinisikan makna keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang

terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Sementara itu, BKKBN (1999) mendefinisikan keluarga sebagai dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertakwa kepada Tuhan, memiliki hubungan selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat, serta lingkungannya.

Dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah:

1. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi,
2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain,
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, anak, kakak dan adik
4. Mempunyai tujuan: menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota.

B. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam

1. Dominasi struktur keluarga

- a. Dominasi jalur hubungan darah

- 1) Patrilineal

Keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis ayah. Suku-suku di Indonesia rata-rata menggunakan struktur keluarga patrilineal.

- 2) Matrilineal

Keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis ibu. Suku Padang adalah salah satu suku yang menggunakan struktur keluarga matrilineal.

- b. Dominasi keberadaan tempat tinggal

- 1) Patri lokal

Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak suami.

2) Matrilokal

Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak istri.

c. Dominasi pengambilan keputusan

1) Patriakal

Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak suami

2) Matrikal

Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak istri

2. Ciri-ciri struktur keluarga

- a. Terorganisasi Saling berhubungan saling ketergantungan shitara anggota keluarga
- b. Ada keterbatasan Setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing
- c. Ada perbedaan dan kekhususan Setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

3. Elemen struktur keluarga

- a. Struktur peran keluarga Menggambarkan peran masing-masing anggota . keluarga. baik dalam keluarganya sendiri maupun di lingkungan masyarakat
- b. Nilai atau norma keluarga Menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini dalam keluarga
- c. Pola komunikasi keluarga Menggambarkan bagaimana pola komunikasi di antara orang tua, orang tua dan anak, di antara anggota keluarga atau dalam keluarga
- d. Struktur kekuatan keluarga Menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mengendalikan atau memengaruhi orang lain dalam perubahan perilaku ke arah positif

4. Tipe/bentuk keluarga

Berdasarkan definisi yang ada beberapa ahli bidang keluarga, menyebutkan bahwa keluarga terdiri dari 2 tipe sebagai berikut:

a. Tipe Keluarga Tradisional

- 1) *The nuclear family*(keluarga inti): Keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak.
- 2) *The dyad family*. Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

- 3) Keluarga usila : keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri
- 4) *The childless family* Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya, yang disebabkan karena mengejar karier/pendidikan yang terjadi pada wanita
- 5) *The extended family* (keluarga luas/besar). Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai paman, tante, orang tua (kakek nenek), keponakan, dll.
- 6) *The single parent family* (keluarga duda/janda): Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak. Hal ini terjadi biasanya melalui proses perceraian, kematian, dan ditinggalkan (menyalahi hukum pernikah. an).
- 7) *Commuter family*. Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat akhir pekan (weekend).
- 8) *Multigenerational family*. Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah,
- 9) *Kin-network family*. Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama, misalnya kamar mandi, dapur, televisi, telepon.
- 10) *Blended family*, Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarakan anak dari perkawinan sebelumnya.
- 11) *The single adult living alone/single-adott smily*: Keluarga yang terdiri dan orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati

b. Tipe keluarga Non Tradisional

- 1) *The unmarried teenage mother*. Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak tanpa hubungan nikah.
- 2) *The stepparent family*. Keluarga dengan orang tua tiri.
- 3) *Commune family*. Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara, yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama,

sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama

- 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family.* Keluar ga yang hidup bersama, berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 5) *Gay and lesbian family.* Seseorang yang mempunyai per- samaan sex hidup bersama sebagaimana pasangan su- mi istri (marital patners).
- 6) *Cohabiting couple.* Orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan, karena beberapa alasan tertentu.
- 7) *Group-marriage family.* Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu, termasuk aktivitas sexual, dan membe- sarkan anaknya.
- 8) *Group network family.* Keluarga inti yang dibatasi oleh seperangkat aturan atau nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
- 9) *Foster family.* Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara dalam waktu sementa- ra, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.
- 10) *Homeless family.* Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
- 11) Gang: Sebuah bentuk keluarga yang destruktif, dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

C. Peran Keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan, yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

1. Peranan Ayah

Ayah sebagai suami dari istri, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya

2. Peranan Ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3. Peranan Anak

Anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

D. Fungsi Keluarga

Fungsi dari keluarga adalah memenuhi kebutuhan anggota individu keluarga dan masyarakat yang lebih luas, fungsi keluarga menurut Friedman adalah:

1. Fungsi Afektif

Merupakan suatu basis sentral bagi pembentukan dan kelangsungan keluarga. Kebahagiaan keluarga diukur dengan kekuatan cinta keluarga. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak kegembiraan dan kebahagiaan seluruh anggota keluarga, tiap anggota keluarga mempertahankan hubungan yang baik.

2. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Proses sosialisasi dimulai sejak lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar tentang norma-norma, budaya dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga.

3. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4. Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan tempat tinggal.

5. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktik asuhan kesehatan yaitu mencegah terjadi gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga untuk melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan, memberikan perawatan, memelihara lingkungan dan menggunakan fasilitas kesehatan.

Indonesia membagi fungsi keluarga menjadi delapan dengan bentuk operasional yang dapat dilakukan oleh setiap keluarga (UU No. 10 tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994), yaitu:

1. Fungsi keagamaan

- a. Membina norma/ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
- b. Menerjemahkan ajaran/norma agama ke dalam tingkah laku hidup sehari-hari seluruh anggota keluarga.
- c. Memberikan contoh konkret dalam hidup sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama.
- d. Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang tidak atau kurang diperolehnya di sekolah dan di masyarakat.
- e. Membina rasa, sikap, dan praktik kehidupan keluarga beragama sebagai fondasi menuju Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.

2. Fungsi budaya

- a. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk mereksanakan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
- b. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
- c. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga, anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.

- d. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berperilaku yang baik (positif) sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi.
 - e. Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras, dan seimbang dengan budaya masyarakat/bangsa untuk menunjang terwujudnya Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.
3. Fungsi cinta kasih
- a. Menumbuh-kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antara anggota keluarga (suami-isteri-anak) ke dalam simbol-simbol nyata (ucapan, tingkah laku) secara optimal dan terus menerus.
 - b. Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar-anggota keluarga maupun antar-keluarga yang satu dengan lainnya secara kuantitatif dan ualitatif.
 - c. Membina praktik kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras, dan seimbang.
 - d. Membina rasa, sikap, dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.
4. Fungsi perlindungan
- a. Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
 - b. Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
 - c. Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.
5. Fungsi reproduksi
- a. Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
 - b. Memberikan contoh pengamalan kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.
 - c. Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang ber-kaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
 - d. Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.

6. Fungsi sosialisasi

- a. Menyadari, merencanakan, dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama.
- b. Menyadari, merencanakan, dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya, baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- c. Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukannya untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang tidak/kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- d. Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja dapat bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.

7. Fungsi ekonomi

- a. Melakukan kegiatan ekonomi baik di luar maupun di dalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- b. Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, kese-larasan, dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- c. Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras, dan simbang.
- d. Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.

8. Fungsi pelestarian lingkungan

- a. Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan intern keluarga.
- b. Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan ekstern keluarga.
- c. Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras, dan simbang antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.

- d. Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.

E. Tugas Keluarga dalam Bidang kesehatan

Untuk dapat mencapai tujuan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara. (*Freeman,*):

1. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
3. Memberikan keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usaiannya yang terlalu muda
4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

F. Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga adalah proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga, meliputi perubahan pola interaksi dan hubungan antaranggota- nya di sepanjang waktu. Berikut adalah tahap perkembangan keluarga:

Tahap I: Pasangan baru atau keluarga baru (beginning family)

Keluarga baru menikah adalah keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang belum mempunyai anak (baru menikah).

Perkawinan dari sepasang insan menandai bermulanya sebuah keluarga baru dan perpindahan dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim.

Tugas Perkembangan

1. Membentuk hubungan intim
2. Belajar hidup dengan pasangan
3. Memulai sebuah keluarga
4. Mengatur rumah tangga
5. Memutuskan dan bekerja menghadapi tujuan bersama

6. Menetapkan pedoman kekuasaan dan masalah pembuatan keputusan
7. Membuat standar untuk interaksi diluar keluarga
8. Membuka hubungan dengan orang lain untuk kehidupan sosial
9. Memilih nilai, moral, dan ideologi yang dapat diterima oleh keduanya
10. Mendiskusikan untuk mempunyai anak

Karakteristik Keluarga Baru menikah

1. Terdiri dari dua orang yang diikat oleh hubungan perkawinan.
2. Biasanya anggota keluarga tinggal bersama atau jika terpisah tetap memperhatikan satu sama lain.
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sendiri-sendiri.
4. Mempunyai tujuan (menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota)

Peran Informal dan Formal

1. Peran Formal:
 - a. Laki-laki sebagai suami (kepala keluarga)
 - b. Perempuan sebagai istri
2. Peran Informal:
 - a. Laki-laki sebagai ketua kegiatan di masyarakat
 - b. Perempuan sebagai anggota organisasi di masyarakat

Masalah dan Konflik yang biasa timbul

1. Bahaya Fisik
Penyakit: Pada keluarga baru menikah penyakit yang mungkin timbul adalah penyakit menular seksual.
2. Bahaya Psikologis
 - a. Percekcokan dalam rumah tangga : Pada keluarga baru menikah butuh waktu untuk penyesuaian diri, dan sering menimbulkan percekcokan atau perbedaan pendapat.
 - b. gangguan penyesuaian dengan anggota keluarga pasangan
3. Bahaya Peran seksual
Ketidak mampuan keluarga (suami/istri) memenuhi kebutuhan sek pada kelurga yang baru dibina.

4. Bahaya dalam Konsep Diri

Selalu ingin tampil cantik di hadapan pasangan.

5. Bahaya Hubungan Keluarga

gangguan penyesuaian keuangan

6. Kondisi yang menyumbang terhadap kesulitan dalam penyesuaian perkawinan.

7. Persiapan yang terbatas untuk perkawinan

Walaupun dalam kenyataan sekarang penyesuaian seksual lebih mudah, ketimbang pada masa dulu. Karena banyak informasi tentang seks yang tersedia baik dirumah, disekolah, di universitas dan di perguruan tinggi, dan ditempat-tempat lain, kebanyakan pasangan suami istri juga menerima sedikit persiapan dibidang ketrampilan domestik, mengasuh anak, dan manajemen uang.

8. Peran dalam perkawinan

Kecenderungan terhadap perubahan peran dalam perkawinan bagi pria dan wanita, dan konsep yang berbeda tentang peran ini yang menganut kelas sosial dan kelompok religius yang berbeda penyesuaian dalam perkawinan sulit sekarang daripada di masa ketika peran masih begitu ketet dianut.

9. Kawin muda

Perkawinan dan kedudukan sebagai oarangtua sebelum oarang muda menyelesaikan pendidikan mereka dan secara ekonomis independent membuat mereka tidak mempunyai kesempatan untuk mempunyai pengalaman yang dipunyai teman-teeman yang tidak kawin atau oarang-oarang yang telah mandiri sebelum kawin. Hal ini mengakibatkan sikap iri hati dan menjadi halangan bagi penyesuaian perkawinan.

10. Konsep yang tidak realistik tentang perkawinan

Orang dewasa yang bekerja di sekolah dan perguruan tinggi, dengan sedikit/tanpa pengaman kerja, cenderung mempunyai konsep yang tidak realistik tentang makna perkawinan berkenaan pekerjaan, deperesi, pemberian uang, atau perubahan pola hidup.

11. Perkawinan campuran

Penyesuaian terhadap kedudukan sebagai orang tua dan dengan para saudara dari pihak istri dan sebaliknya, jauh lebih sulit dalam perkawinan antar agama daripada bila keduanya berasal dari latar belakang budaya yang sama.

12. Pacaran yang dipersingkat

Periode atau masa pacaran lebih singkat sekarang atau ketimbang masa dulu, dan karena itu pasangan hanya punya sedikit waktu untuk memecahkan banyak masalah tentang penyesuaian sebelum mereka melangsungkan perkawinan.

13. Konsep perkawinan yang romantis

Banyak orang dewasa mempunyai konsep perkawinan yang romantis yang berkembang pada masa remaja. Harapan yang berlebihan tentang tujuan dan hasil perkawinan sering membawa kekecewaan yang menambah kesulitan penyesuaian terhadap tugas dan tanggung jawab perkawinan

14. Kurangnya identitas

Apabila seseorang merasa bahwa keluarga, teman, dan rekannya memperlakukannya sebagai "*suami/jane*" atau apabila wanita merasa bahwa kelompok sosial menganggap dirinya hanya sebagai "ibu rumah tangga", walaupun dia seorang wanita karir yang berhasil, ia bisa saja kehilangan identitas diri sebagai individu yang sangat dijunjung dan dinilai tinggi sebelum perkawinan.

Peran dan Fungsi Perawat

1. Pengenal kesehatan (konseling kesehatan, KB, pelayanan antenatal dan konseling persalinan)

Perawat dapat membantu keluarga dalam mengenal penyimpangan dari keadaan normal dengan menganalisa data secara objektif serta membuat keluarga sadar akan akibatnya dalam perkembangan anggota keluarga

2. Pemberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan adalah salah satu tugas dari keluarga. Namun demikian perawat harus mampu memberikan kesempatan dan contoh bagi keluarga untuk mengembangkan kemampuan mereka dalam melaksanakan tugas kesehatannya.

3. Koordinator pelayanan kesehatan keluarga

Tahap II: Keluarga kelahiran anak pertama (child-bearing family)

Keluarga yang menantikan kelahiran, dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (3,2 tahun). Kelahiran bayi pertama memberi perubahan besar dalam keluarga,

sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Anak usia toddler adalah anak usia 12 – 36 bulan (1-3 tahun) pada periode ini anak berusaha mencari tahu bagaimana sesuatu bekerja dan bagaimana mengontrol orang lain melalui kemarahan, penolakan dan tindakan keras kepala. Hal ini merupakan periode yang sangat penting untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan intelektual secara optimal (Perry, 1998).

Tugas perkembangan:

1. Persiapan menjadi orang tua;
2. Membagi peran dan tanggung jawab;
3. Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan;
4. Mempersiapkan biaya atau dana child bearing;
5. Memfasilitasi role learning anggota keluarga; dan
6. Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita

Faktor Pengaruh Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

1. Faktor herediter Merupakan faktor yang dapat diturunkan sebagai dasar dalam mencapai tumbuh kembang anak disamping faktor lain. Faktor herediter adalah bawaan, jenis kelamin, ras, suku bangsa.
2. Faktor lingkungan Merupakan faktor yang memegang peranan penting dalam menentukan tercapai dan tidaknya potensi yang sudah dimiliki antara lain :
 - a. Lingkungan pranatal Merupakan lingkungan dalam kandungan, mulai konsepsi lahir sampai yang meliputi gizi pada waktu ibu hamil, zat kimia atau toksin, kebiasaan merokok dan lain-lain.
 - b. Lingkungan postnatal Seperti sosial ekonomi orang tua, nutrisi, iklim atau cuaca, olahraga, posisi anak dalam orang tua dan status kesehatan.

Perkembangan Kognitif

Kognitif adalah operasi-operasi atau prosedur-prosedur mental yang bisa digunakan individu untuk mendapatkan, menahan, serta mengambil kembali berbagai pengetahuan dan kepandaian (Rigney, 1978 dalam Jonassen 1987). Sifat-sifat kognitif yang umumnya pada bayi toddler : Menurut Jean Piaget pada usia 1-3 tahun anak sudah dapat :

1. Membedakan diri sendiri dengan setiap objek.
2. Mengenal diri sebagai pelaku kegiatan dan mulai bertindak dengan tujuan tertentu contohnya : menarik seutas tali untuk menggerakkan sebuah mobil atau menggerakkan mainan supaya bersuara.
3. Menguasai keadaan tetap dari objek misalnya : menyadari bahwa benda tetap ada meskipun tidak terjangkau oleh mata.

Perkembangan Psikoseksual

1. Pengertian Teori perkembangan psikoseksual yang dikemukakan oleh Freud mengatakan bahwa setiap makhluk hidup pasti mengalami pertumbuhan dan perkembangan, begitu pula manusia juga mengalaminya.
2. Sifat-sifat umum Perkembangan Psikoseksual Anak Pada Usia 1-3 Tahun fase :
 - a. Fase Anal

Pada fase ini fungsi tubuh yang memberi kepuasan berkisar pada sekitar anus. Tugas perkembangan yang harus dilalui anak adalah melakukan kontrol terhadap BAB dan BAK, dan bila tercapai anak akan senang melakukan sendiri. Sedangkan bila tugas perkembangan tidak tercapai akan muncul beberapa masalah seperti anak akan menahan dan melakukannya dengan mempermainkan. Peran lingkungan adalah membantu anak untuk belajar mengontrol pengeluaran (melakukan Toilet Training), yaitu suatu konsep bersih dimana anak belajar mengontrol pengeluaran tepat waktu dan tempat serta dapat melakukan dengan mandiri. Adapun kriteria yang umumnya ditemukan antara lain :

- 1) Kehidupan anak berpusat pada kesenangan anak terhadap dirinya sendiri, sangat egoistik, mulai mempelajari struktur tubuhnya.
- 2) Pada fase ini tugas yang dapat dilaksanakan anak adalah latihan kebersihan.
- 3) Anak senang menahan feses, bahkan bermain-main dengan fesesnya sesuai dengan keinginanya.
- 4) Untuk itu toilet training adalah waktu yg tepat dilakukan dalam periode ini.
- 5) Masalah yang yang dapat diperoleh pada tahap ini adalah bersifat obsesif (ganggan pikiran) dan bersifat impulsif yaitu dorongan membuka diri, tidak rapi, kurang pengendalian diri.

b. Fase Perkembangan Moral

Menurut Kohlberg, tingkatan pertama dari perkembangan moral adalah prekonvensional ketika anak merespon pada label "baik" atau "buruk". Selama tahun kedua kehidupan, anak mulai belajar mengetahui beberapa aktifitas yang mendatangkan pengaruh dan persetujuan. Mereka juga mengenal ritual-ritual tertentu, seperti mengulang bagian dari doa-doa. Saat usia dua tahun, toddler belajar pada perilaku orang tua mereka yang berkaitan dengan urusan moral.

Pola disiplin mempengaruhi perkembangan moral toddler:

- 1) Hukuman fisik dan pengambilan hak-hak khusus cenderung membentuk moral yang negatif.
- 2) Menghilangkan cinta dan perasaan sebagai bentuk dari hukuman menimbulkan perasaan bersalah pada toddler.
- 3) Disiplin diukur secara tepat dengan memberikan penjelasan yang sederhana mengapa perbuatan nya tidak diperbolehkan, memberikan pujian terhadap perbuatan yang baik.

Perkembangan Psikososial

Menurut ERIK H. ERIKSO Teori perkembangan psikososial ini adalah salah satu teori kepribadian terbaik dalam psikologi. Seperti Sigmund Freud, Erikson percaya bahwa kepribadian berkembang dalam beberapa tingkatan. Salah satu elemen penting dari teori tingkatan psikososial Erikson adalah perkembangan persamaan ego. Persamaan ego adalah perasaan sadar yang kita kembangkan melalui interaksi sosial. Menurut Erikson, perkembangan ego selalu berubah berdasarkan pengalaman dan informasi baru yang kita dapatkan dalam berinteraksi dengan orang lain. Erikson juga percaya bahwa kemampuan memotivasi sikap dan perbuatan dapat membantu perkembangan menjadi positif, inilah alasan mengapa teori Erikson disebut sebagai teori perkembangan psikososial. Erikson memaparkan teorinya melalui konsep polaritas yang bertingkat/bertahapan. Sifat-sifat umum psikososial yang pada bayi toddler Anak di daycare/toddler akan banyak berinteraksi dengan teman sebayanya di sekolah toddler/PG atau ketika aktivitas daycare. Anak akan bertemu dengan guru, pengasuh, orang tua, dan terutama temen-temannya itu sendiri. Anak belajar bagaimana bisa berhubungan dan berteman dengan baik.

Perkembangan Bahasa

Perkembangan bahasa anak toddler secara umum Pemerolehan bahasa pada anak usia 1 – 3 tahun merupakan proses yang bersifat fisik dan psikhis. Secara fisik, kemampuan anak dalam memproduksi kata-kata ditandai oleh perkembangan bibir, lidah, dan gigi mereka yang sedang tumbuh. Pada tahap tertentu pemerolehan bahasa (kemampuan mengucapkan dan memahami arti kata juga tidak lepas dari kemampuan mendengarkan, melihat, dan mengartikan simbol-simbol bunyi dengan kematangan otaknya. Sedangkan secara psikhis, kemampuan memproduksi kata-kata dan variasi ucapan sangat ditentukan oleh situasi emosional anak saat berlatih mengucapkan kata-kata. Anak-anak yang mendapatkan bimbingan dan dorongan moral yang sangat kuat akan memperoleh kata-kata yang banyak dan bervariasi dibandingkan anak-anak lainnya.

Perkembangan Fisik

Perkembangan fisik (motorik)merupakan proses tumbuh kembang sistem gerak seorang anak .setiap gerakan yang dilakukan anak merupakan sistem interaksi yang kompleks dari berbagai bagian dan sistem dalam tubuh yang dikontrol oleh otak. Perkembangan fisik ini terbagi menjadi sistem motorik halus dan kasar

Kemampuan dasar motorik halus anak usia toddler secara umum

1. Menggambar mengikuti bentuk
2. Menarik garis vertikal, menjiplak bentuk lingkaran
3. Membuka menutup kotak
4. Menggunting kertas mengikuti pola garis lurus

Kemampuan dasar motorik halus anak usia toddler secara umum

1. Berjalan dan berlari kecil di sekitar rumah
2. Mengangkat dan mengambil benda disekitanya
3. Menari dengan gerakan kecil tangan dan kaki 10

Tahap III: Keluarga dengan anak pra sekolah (families with preschool)

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

Tugas perkembangan keluarga

1. Membantu anak untuk bersosialisasi
2. Beradaptasi dengan anak yang baru lahir sementara kebutuhan anak yang lain (tua) juga harus dipenuhi.
3. Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam atau luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
4. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
5. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
6. Merencanakan kegiatan dan waktu untuk menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang

Pola pertumbuhan dan perkembangan secara normal antara anak yang satu dengan yang lainnya pada akhirnya tidak selalu sama, karena dipengaruhi oleh interaksi banyak faktor. Menurut Soetjiningsih (2002), faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang, yaitu:

1. Genetika
 - a. Perbedaan ras, etnis, atau bangsa
 - b. Keluarga,
Ada keluarga yang cenderung mempunyai tubuh gemuk atau perawakan pendek
 - c. Umur
Masa prenatal, masa bayi, dan masa remaja merupakan tahap yang mengalami pertumbuhan cepat dibandingkan dengan masa lainnya.
 - d. Jenis kelamin
Wanita akan mengalami pubertas lebih dahulu dibandingkan laki-laki.
 - e. Kelainan kromosom
Dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan, misalnya sindrom down.
2. Pengaruh hormone
Pengaruh hormon sudah terjadi sejak masa prenatal, yaitu saat janin berumur empat bulan. Pada saat itu terjadi pertumbuhan yang cepat.

Hormon yang berpengaruh terutama adalah hormon pertumbuhan somatotropin yang dikeluarkan oleh kelenjar pituitari.

Selain itu kelenjar tiroid juga menghasilkan kelenjar tiroksin yang berguna untuk metabolisme serta maturasi tulang, gigi, dan otak.

3. Faktor lingkungan

Faktor kelompok yang dapat berpengaruh dikelompokkan menjadi tiga, yaitu pranatal, kelahiran, dan pascanatal.

4. Faktor prenatal

- a. Gizi, nutrisi ibu hamil akan mempengaruhi pertumbuhan janin, terutama selama trimester akhir kehamilan
- b. Mekanis, posisi janin yang abnormal dalam kandungan dapat menyebabkan kelainan congenital, misalnya club foot
- c. Toksin, zat kimia, radiasi
- d. Kelainan endokrin
- e. Infeksi TORCH atau penyakit menular seks
- f. Kelainan imunologi,
- g. Psikologis ibu

5. Faktor kelahiran

Riwayat kelahiran dengan vakum ekstraksi atau forceps dapat menyebabkan trauma kepala pada bayi sehingga beresiko terjadinya kerusakan jaringan otak.

6. Faktor pascanatal

Seperti lainnya pada masa prenatal, faktor yang berpengaruh terhadap TUMBANG anak adalah gizi, penyakit kronis/ kelainan kongenital, lingkungan fisik dan kimia, psikologis, endokrin, sosioekonomi, lingkungan pengasuhan, stimulasi, dan obat-obatan

Masalah-masalah pada anak usia prasekolah

1. Masalah kesehatan

Masalah kesehatan yang sering muncul pada anak prasekolah seperti; diare, cacar air, difteri, dan campak.

2. Hubungan keluarga

Pada usia prasekolah biasanya anak merasa cemburu dengan kehadiran anggota keluarga baru (adik). Anak merasa tidak diperhatikan lagi oleh orang tua sehingga anak sering membuat olah untuk mendapatkan perhatian orang tua.

3. Bahaya fisik

a. Kecelakaan

Kecelakaan terjadi akibat keinginan anak untuk bermain yang menghasilkan ketrampilan tertentu.

Meskipun tidak meninggalkan bekas fisik namun kecelakaan dianggap sebagai kegagalan dan anak lebih bersikap hati-hati akan berbahaya bagi psikologisnya sehingga anak akan takut terhadap kegiatan fisik. Jika hal ini terjadi bisa berkembang menjadi masa malu.

b. Keracunan

Pada dasarnya usia prasekolah suka mencoba segala sesuatu yang dia lihat tanpa mengetahui apakah itu berbahaya atau tidak.

4. Bahaya Psikologis

Perasaan bersalah akan timbul pada anak jika anak tidak mampu berprestasi. Rasa bersalah dapat menyebabkan anak kurang bersosialisasi, lebih pemarah, mengalami regresi, yaitu kembali ke perkembangan sebelumnya, misalnya mengopol dan menghisap jempol.

5. Gangguan tidur

Mimpi buruk adalah mimpi menakutkan yang terjadi selama tidur REM (rapid eye movement). Seorang anak yang mengalami mimpi buruk biasanya akan benar-benar terbangun dan dapat mengingat kembali mimpi tersebut secara terperinci.

Mimpi buruk yang terjadi sewaktu-waktu adalah hal yang normal, dan satu-satunya tindakan yang perlu dilakukan orang tua adalah menenangkan anak. Tetapi mimpi buruk yang sering terjadi adalah abnormal dan bisa menunjukkan masalah psikis.

Pengalaman yang menakutkan (termasuk cerita menakutkan atau film tentang kekerasan di televisi) bisa menyebabkan terjadinya mimpi buruk. Hal ini terutama sering ditemukan pada anak-anak yang berumur 3-4 tahun, karena mereka belum bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan.

Teror dimalam hari adalah suatu keadaan dimana sesaat setelah tertidur anak setengah terbangun dengan kecemasan yang luar biasa. Anak tidak dapat mengingat kembali apa yang telah dialaminya.

Tidur sambil berjalan adalah suatu keadaan dimana dalam keadaan tertidur anak bangkit dari tempat tidurnya dan berjalan-jalan. Teror dimalam hari dan tidur sambil berjalan biasanya berlangsung selama tidur dalam (Non REM) dan terjadi dalam 3 jam pertama setelah anak tertidur. Tiap episode

berlangsung dari beberapa detik sampai beberapa menit. Teror dimalam hari sifatnya dramatis karena anak menjerit-jerit dan panik, keadaan ini paling sering ditemukan pada anak yang berumur 3-8 tahun.

Untuk anak yang susah tidur bisa dilakukan beberapa tindakan berikut:

- a. Ajak anak kembali ketempat tidurnya.
- b. Berikan cerita yang pendek.
- c. Tawari untuk ditemani oleh boneka atau selimut kesayangannya.
- d. Gunakan lampu redup.

6. Masalah Pelatihan Buang Air (Toileting)

Pelatihan buang air besar biasanya mulai dilakukan pada saat anak berumur 2-3 tahun, sedangkan pelatihan buang air kecil dilakukan pada umur 3-4 tahun. Pada umur 5 tahun, kebanyakan anak sudah dapat melakukan buang air sendiri; melepas pakaian dalamnya sendiri, membersihkan dan mengeringkan penis, vulva maupun anusnya sendiri serta kembali memakai pakaian dalamnya sendiri.

Tetapi sekitar 30% anak berusia 4 tahun dan 10% anak berusia 6 tahun masih mengopol pada malam hari.

Cara terbaik untuk menghindari masalah pelatihan buang air (toilet training) adalah dengan mengenali kesiapan anak. Adapun tanda dari kesiapan anak adalah:

- a. Selama beberapa jam pakaian dalamnya masih kering.
- b. Anak menginginkan pakaian dalamnya diganti jika basah.
- c. Anak menunjukkan ketertarikannya untuk duduk di atas Potty Chair (pispot khusus untuk anak-anak) atau diatas toilet (jamban, kakus).
- d. Anak mampu mengikuti petunjuk atau aturan lesan yang sederhana.

Tahap IV: Keluarga dengan anak usia sekolah (families with school children)

Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum dan hubungan keluarga diakhiri tahap ini (Duval, 1977). Pada masa ini 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 (1950) orangtua 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 mengangkis perasaan rendah hati.

Tugas orangtua pada tahap ini adalah untuk belajar menghadapi pisah 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 perlakan – lahan. Akan tetapi, dalam contoh – contoh dimana peran ibu merupakan central dan satu – satu nya 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 cendrung 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 meras tersingkir dari dan konflik dengan sekolah dan / atau nilai-nilai komunitas.

Kecacatan pada anak-anak akan ketahuan 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 dan Mandle, 186). 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 palsi, reterdasi 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 (Bradt, 1988).

Tugas Perkembangan Keluarga adalah:

1. Mensosialisakan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
3. Memenuhi kebutuhan Kesehatan fisik anggota keluarga.

Tahap V: Keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir pada usia 19/20 tahun, saat anak meninggalkan orang tuanya.

Masa remaja sebagai periode perubahan

Ada lima perubahan yg terjadi pada remaja

1. Pertama peningkatan emosi
2. Kedua , perubahan fisik
3. Ketiga, perubahan perilaku
4. Keempat, perubahan pandangan terhadap nilai
5. Kelima bersikap ambivalen terhadap perubahan yang terjadi atas dirinya

Bila tugas perkembangan pada remaja gagal

1. Terjadi kekacauan identitas
2. Kepribadian rapuh/ terpecah
3. Merasa tidak mampu melakukan pekerjaan
4. Kebimbangan biseksual
5. Kebimbangan otoritas
6. Kebimbangan nilai tidak memiliki sikap dan perspektif

Tugas perkembangan keluarga

1. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya;
2. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga
3. Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orangtua, hindari perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan;
4. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga. Merupakan tahap paling sulit karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan remaja.

Tahap VI: Keluarga dengan anak dewasa dengan anak Dewasa atas pelepasan (Launching center families).

Tahap ini dimulai saat anak pertama meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung jumlah anak dalam keluarga, atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua.

Masa dewasa awal adalah periode antara remaja akhir dan pertengahan sampai akhir 30-an (Edelman and mandle, 1994). Sselama masa dewasa awal, individu semakin terpisah dari keluarga asal mereka, membangun tujuan karier dan memutuskan apakah akan menikah dan memulai sebuah keluarga atau tetap sendiri.

Masa dewasa awal dan tengah adalah periode yang penuh tantangan, penghargaan dan krisis. Tantangan ini meliputi tuntutan kerja dan membentuk keluarga, meskipun orang dewasa juga dapat diberi penghargaan karena karier mereka dan kehidupan pribadi mereka. Orang dewasa juga menghadapi krisis

seperti merawat orang tua yang telah lanjut usia, kemungkinan kehilangan pekerjaan dengan berubahnya lingkungan ekonomi dan kebutuhan perkembangan mereka sendiri.

Perkembangan kedewasaan mencakup perubahan yang teratur dalam karakter dan sikap. Perkembangan setiap orang, bagaimana pun, merupakan sebuah proses yang unik (Haberet, 1992). Perubahan itu dialami oleh dewasa awal termasuk proses alami maturasi dan sosialisasi.

Tahapan ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung jumlah anak dan ada atau tidaknya anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua.

Sebagian besar golongan dewasa muda telah menyelesaikan pendidikan sampai taraf universitas dan kemudian mereka segera memasuki jenjang karier dalam pekerjaanya. Kehidupan psikososial dewasa muda makin kompleks dibandingkan dengan masa remaja karena selain bekerja, mereka akan memasuki kehidupan pernikahan, membentuk keluarga baru, memelihara anak-anak, dan tetap harus memperhatikan orang tua yang makin tua.

Selain itu, dewasa muda mulai membentuk kehidupan keluarga dengan pasangan hidupnya, yang telah dibina sejak masa remaja sebelumnya.

Tugas perkembangan keluarga

1. Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar;
2. Mempertahankan keintiman pasangan;
3. Membantu orang tua suami atau istri yang sakit dan mema suki masa tua;
4. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima ke- pergian anaknya;
5. Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga;
6. Berperan sebagai suami-istri dan kakek-nenek; serta
7. Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh anak-anaknya.

Tahap VII: Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dianggap sulit karena masa usia lanjut, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua.

Tugas perkembangan :

1. Mempertahankan kesehatan.
2. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
3. Meningkatkan keakraban pasangan.
4. Fokus mempertahankan kesehatan pada pola hidup sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup, pekerjaan dan lain sebagainya.

Tahap VIII: Keluarga usia lanjut

Dimulai saat pensiun sampai dengan salah satu pasangan meninggal dan keduanya meninggal. Memasuki fase di mana orang tua mulai semakin mendekati usia lanjut, anak-anak mungkin telah menikah dan membangun keluarga mereka sendiri.

Pada tahapan ini, orang tua juga memiliki peran baru sebagai mertua yang turut membantu perkembangan keluarga yang dibangun oleh anak dan pasangannya. Tahap ini juga melibatkan kerjasama antara keluarga yang berbeda-beda dan pembangunan hubungan baru dalam keluarga yang diperluas.

Di sisi lain, anak mungkin juga harus mulai mengambil peran dalam merawat orang tua mereka di hari tua. Dengan demikian, terjadi hubungan timbal balik antara orang tua dan anak dalam rangka saling menjaga kesehatan, kesejahteraan, serta memberikan dukungan emosional.

Tugas perkembangan :

1. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
2. Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
3. Mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat.
4. Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
5. Melakukan life review.
6. Mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini.

Menurut BKKBN Tahapan keluarga dapat diukur berdasarkan tingkat kesejahteraan

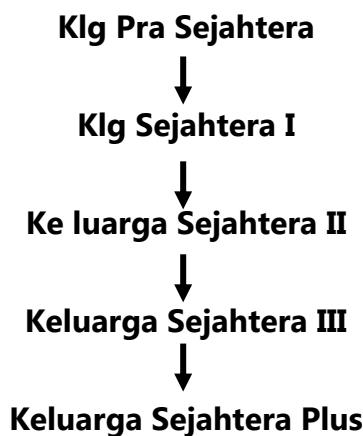
Keluarga yang dibentuk atas dasar

1. perkawinan yang syah
2. Bertaqwa kepada Tuhan
3. hubungan serasi, selaras dan seimbang antara anggota keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (A. Mungit, 1996).

Tujuan

1. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang masalah yang dihadapi.
2. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menganalisa potensi dan peluang yang dimilikinya.
3. Meningkatnya kemauan masyarakat dalam memecahkan masalahnya secara mandiri.
4. Meningkatnya gotong royong dan kesetiaan kawan sosial dalam membantu keluarga khususnya keluarga prasejahtera untuk meningkatkan kesejahteraannya.

Tahapan Keluarga Sejahtera



Keluarga pra sejahtera.

Yaitu keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal.

Pada Keluarga pra sejahtera kebutuhan dasar belum seluruhnya terpenuhi yaitu

1. Melaksanakan ibadah menurut agamanya oleh masing-masing anggota keluarga. (*Keb. Pengajaran agama*)

2. Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali atau lebih. (*pangan*)
3. Seluruh anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk aktifitas di rumah, bekerja, sekolah dan bepergian. (*sandang*)
4. lantai rumah terluas bukan lantai tanah. (*papan*)
5. Bila anak sakit dan atau pasangan usia subur ingin ber KB dibawa ke sarana kesehatan. (*kesehatan*)

Ket: 1-5 Indikator Klg Sejahtera

Keluarga Sejahtera I.

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal tetapi belum dapat memenuhi *kebutuhan sosial psikologisnya*.

Pada Keluarga Sejahtera I kebutuhan dasar 1 sampai dengan 5 telah terpenuhi namun kebutuhan sosial psikologisnya belum terpenuhi yaitu :

6. Anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur.
7. Paling kurang sekali seminggu, keluarga menyediakan daging/ikan/telur.
8. Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru pertahun.
9. Luas lantai rumah paling kurang 8 M persegi untuk tiap penghuni rumah.
10. Seluruh anggota keluarga dalam 3 bulan terakhir dalam keadaan sehat.
11. Paling kurang satu anggota keluarga 15 tahun keatas berpenghasilan tetap.
12. Seluruh anggota keluarga yang berumur 10-60 tahun bisa baca tulis huruf latin.
13. Seluruh anak berusia 5 – 15 tahun bersekolah pada saat ini.
14. Bila anak hidup 2 atau lebih, keluarga yang masih pasangan usia subur memakai kontrasepsi (kecuali sedang hamil).

Keluarga Sejahtera II.

Yaitu keluarga-keluarga yang disamping telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya, juga telah dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologisnya, tetapi belum dapat memenuhi *kebutuhan pengembangannya*, seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.

Pada Keluarga Sejahtera II, kebutuhan fisik dan sosial psikologis telah terpenuhi (1 s/d 14 terpenuhi), namun kebutuhan pengembangan belum sepenuhnya terpenuhi antara lain :

15. Mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama.
16. Sebagian dari penghasilan dapat disisihkan untuk tabungan keluarga.
17. Biasanya makan bersama paling kurang sekali sehari dan kesempatan itu dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga.
18. Ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.
19. Mengadakan rekreasi bersama di luar rumah paling kurang 1 X / 6 bulan.
20. Dapat memperoleh berita dari surat kabar/radio/TV/majalah.
21. Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi sesuai kondisi daerah.

Keluarga Sejahtera III.

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial psikologis dan pengembangan keluarganya, tetapi belum dapat memberikan sumbangan yang teratur bagi masyarakat, seperti sumbangan materi, dan berperan aktif dalam kegiatan kemasyarakatan.

Pada Keluarga Sejahtera III, kebutuhan fisik, sosial psikologis dan pengembangan telah terpenuhi (1 s/d 21 terpenuhi), namun keperdulian sosial belum terpenuhi, yaitu :

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

Keluarga Sejahtera III Plus.

Keluarga Sejahtera III Plus, yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial psikologis dan pengembangannya telah terpenuhi serta *memiliki keperdulian sosial yang tinggi* (1 s/d 23 terpenuhi).

G. Peran Perawat Keluarga

1. Pendidik

Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar :

- a. Keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan keluarga secara mandiri
- b. Bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga

2. Koordinator

Diperlukan pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai. Koordinasi juga sangat diperlukan untuk mengatur program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin ilmu agar tidak terjadi tumpang tindih dan pengulangan

3. Pelaksana

Perawat yang bekerja dengan klien dan keluarga baik di rumah, klinik maupun di rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung. Kontak pertama perawat kepada keluarga melalui anggota keluarga yang sakit. Perawat dapat mendemonstrasikan kepada keluarga asuhan keperawatan yang diberikan dengan harapan keluarga nanti dapat melakukan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit

4. Pengawas kesehatan

Sebagai pengawas kesehatan, perawat harus melakukan home visite atau kunjungan rumah yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga

5. Konsultan

Perawat sebagai narasumber bagi keluarga di dalam mengatasi masalah kesehatan. Agar keluarga mau meminta nasehat kepada perawat, maka hubungan perawat-keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya

6. Kolaborasi

Perawat komunitas juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal

7. Fasilitator

Membantu keluarga dalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Agar dapat melaksanakan peran fasilitator dengan baik, maka perawat komunitas harus mengetahui sistem pelayanan kesehatan (sistem rujukan, dana sehat, dll)

8. Penemu kasus

Mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan atau wabah

9. Modifikasi lingkungan

Perawat komunitas juga harus dapat memodifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat, agar dapat tercipta lingkungan yang sehat.

H. Latihan Soal

1. Bp. X mempunyai seorang istri dan seorang anak yang tinggal bersama dalam satu rumah. Saudara Bp. X dan istrinya tidak ada yang tinggal dengan keluarga Bp. X. Tipe keluarga bapak X adalah?
 - a. *nuclear family*
 - b. *extended family*
 - c. *dyadic family*
 - d. *single parent*
 - e. Single Adult

2. Sebuah keluarga terdiri atas seorang dewasa saja karena tidak menikah, disebut tipe keluarga?
 - a. *nuclear family*
 - b. *dyadic family*
 - c. *single parent*
 - d. *single adult*
 - e. *extended family*

3. Perawat sedang melakukan kunjungan rumah di sebuah keluarga dengan TB Paru. Perawat mendapatkan banyak orang di rumah tersebut, selain bapak, ibu dan anak, ada dua saudaranya yang juga tinggal bersama. Tipe keluarga tersebut merupakan tipe keluarga?
 - a. *nuclear family*
 - b. *extended family*
 - c. *dyadic family*
 - d. *single parent*
 - e. *single adult*

4. Anak N dari keluarga Bp. X sering menderita diare, karena orangtuanya kurang memberikan perhatian dan kasih sayang. Hal ini berarti terjadi gangguan pada fungsi keluarga?
- afektif
 - sosialisasi
 - ekonomi
 - reproduksi
 - perawatan kesehatan
5. Suami istri yang baru menikah berkonsultasi dengan perawat, karena ingin menunda mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga yang baru menikah ini adalah?
- membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
 - menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan
 - menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab
 - memperluas persahabatan dengan keluarga besar
 - membentuk keintiman dalam keluarga
6. Menjamin keamanan finansial anggota keluarga adalah keluarga sebagai fungsi?
- Fungsi biologis
 - Fungsi ekonomi
 - Fungsi psikologis
 - Fungsi edukasi
 - Fungsi Reproduksi
7. Menurut WHO (1978) pemeliharaan dan merawat anak merupakan fungsi keluarga dalam?
- Fungsi Biologis
 - Fungsi ekonomi
 - Fungsi psikologis
 - Fungsi edukasi
 - Fungsi sosiokultural
8. Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan kepribadian secara alami. Merupakan fungsi apa dalam keluarga?

- a. Fungsi biologis
 - b. Fungsi ekonomi
 - c. Fungsi sosiokultural
 - d. Fungsi edukasi
 - e. Fungsi psikologi
9. Unit terkecil dari masyarakat adalah?
- a. Masyarakat
 - b. Keluarga
 - c. Individu
 - d. Kelompok
 - e. Warga
10. Fungsi biologis, fungsi ekonomi, fungsi psikologis, fungsi edukasi, fungsi sosiokultural, merupakan fungsi keluarga menurut?
- a. Friedman
 - b. PP No 21 thn 1994
 - c. WHO 1978
 - d. Brunner
 - e. PP No 20 thn 1994
11. Serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Merupakan pengertian dari?
- a. Kewajiban
 - b. Hak
 - c. Peran
 - d. Tanggungjawab
 - e. Moral
12. Salah satu masalah keperawatan yang muncul pada keluarga dengan anak dewasa adalah?
- a. Gangguan pemeliharaan rumah
 - b. Ketegangan peran pemberi asuhan/perawatan
 - c. Resiko terjadinya pengabaian lansia
 - d. Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga
 - e. Perilaku kesehatan cenderung beresiko

13. Keluarga dengan salah satu anggota keluarga berusia 16 tahun . Saat kunjungan tampak kurangnya komunikasi antara anak dengan orang tua nya . seringkali anak marah ketika keinginannya tidak dituruti . Bagaimana peran perawat keluarga dalam pertumbuhkembangan keluarga tersebut?
- Konsultan Prenatal, natal, posnatal
 - Skrining tes kesehatan
 - Fasilitator interpersonal anak dengan orang tua
 - Konselor menopause
 - Koordinator pelayanan pediatri
14. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya , merupakan tugas orang tua pada?
- Keluarga dengan Anak Dewasa
 - Keluarga dengan Anak Remaja
 - Families With Preschool
 - Keluarga Baru
 - Keluarga Lanjut usia
15. Seorang perawat sedang berkunjung ke rumah keluarga dan mendapati anak usia 5 tahun sedang bermain tanah dengan teman-temannya, tangan terlihat kotor. Peran perawat pada keluarga, tindakan manakah yang sebaiknya dilakukan perawat?
- Mengajarkan kepada orang tua tentang cara menghadapi anak
 - Melatih daya kreatifitas anak dalam bermain
 - Menjelaskan kepada orangtua agar melarang anak bermain di tanah
 - Mengajarkan pada anak dan orangtua cara mencuci tangan yang benar
 - Mengajarkan pada orang tua tentang perawatan gigi
16. Tn. X dan Ny. K merupakan pasangan yang telah menjadi keluarga bahagia yang telah menikah 4 tahun yang lalu. Keluarga ini telah memiliki seorang anak yang berusia 2.5 tahun. Fungsi dari orang tua di sini harus mampu memenuhi tuntutan baru dalam perawatan dan pengasuhan bayi. Sedangkan perawat sendiri bertugas mengkaji peran menjadi orang tua. Dari kasus tersebut keluarga Tn. X telah memasuki perkembangan keluarga pada tahap?

- a. Keluarga pasangan baru
 - b. Childbearing family
 - c. Keluarga dengan anak pra sekolah
 - d. Keluarga dengan anak sekolah
 - e. Keluarga dengan anak remaja
17. Di bawah ini Tahapan keluarga sejahtera secara berurutan adalah ?
- a. Pra Sejahtera - Sejahtera II - Sejahtera III - Sejahtera Plus
 - b. Pra Sejahtera - Sejahtera I - Sejahtera III - Sejahtera II - Sejahtera Plus
 - c. Pra Sejahtera - Sejahtera I - Sejahtera II - Sejahtera III - Sejahtera Plus
 - d. Sejahtera I - Pra Sejahtera - Sejahtera II - Sejahtera III - Sejahtera Plus
 - e. Sejahtera I - Sejahtera II - Pra Sejahtera- Sejahtera III - Sejahtera Plus
18. Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal tapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologisnya. Di sebut keluarga?
- a. Keluarga pra sejahtera
 - b. Keluarga sejahtera I
 - c. Keluarga sejahtera II
 - d. Keluarga sejahtera III
 - e. Keluarga sejahtera III plus
19. Keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal. Di sebut keluarga?
- a. Keluarga pra sejahtera
 - b. Keluarga sejahtera I
 - c. Keluarga sejahtera II
 - d. Keluarga sejahtera III
 - e. Keluarga sejahtera III plus
20. Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar dan kebutuhan psikologisnya tapi belum bisa memenuhi kebutuhan pengembangannya. Di sebut keluarga?
- a. Keluarga pra sejahtera
 - b. Keluarga sejahtera I
 - c. Keluarga sejahtera II
 - d. Keluarga sejahtera III

e. Keluarga sejahtera III plus

Kunci Jawaban

1. A
2. D
3. B
4. A
5. D
6. B
7. A
8. E
9. B
10. C
11. C
12. B
13. C
14. A
15. D
16. B
17. C
18. B
19. A
20. C

I. Rangkuman Materi

Keluarga merupakan unit terkecil di masyarakat terdiri atas dua atau lebih individu yang saling tergantung satu dengan yang lain terhadap berbagai dukungan, antara lain dukungan emosional dan ekonomi. Keluarga mempunyai struktur yang menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Keluarga mempunyai lima fungsi yang harus dijalankan dalam kehidupan sehari-hari, lima fungsi tersebut adalah fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, reproduksi dan perawatan kesehatan. Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan, yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Selama siklus kehidupan, keluarga memiliki delapan tahap perkembangan keluarga. Setiap tahap perkembangan merupakan periode kritis, artinya keluarga perlu memahami dan

menyesuaikan tugas perkembangan yang harus dilaksanakan di setiap tahap perkembangan.

J. Glosarium

- BKKBN :Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BAB : Buang Air Besar
BAK : Buang Air Kecil
REM : *Rapis Eye Movement*

K. Daftar Pustaka

- Anderson, T. Elizabeth, Farlen, Mc. Judith. (2007). Community As Partner Theory and Practice in Nursing. Philadelphia. Lippincott.
- Andriyanto,Arief (2020)Asuhan Keperawatan Keluarga Berdasarkan Evidence Practice, Jawa Barat,Infermia Publising
- Friedman, M.M. (2010). Family nursing: Research, Theory & Practice. (4th ed.), California: Appleton and Lange.
- Friedman, M.M. Bowden, V.R. & Jones, E.G. (2003), Family nursing: Resear- ch, Theory & Practice. (5th ed.), New Jersey: Prentice Hall.
- Guntur dkk (2022) Konsep dan Aplikasi Keperawatan Keluarga Jawa Barat,Media Sain Indonesia
- Hanson, S.M.H., & Boyd, S.T. (1996). Family Health care nursing: Theory, Practice and research, Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Maglaya, Arceli. (2009). Nursing Practice In the Community. Marikina City: Argonauta Corporation.
- Maryam, Siti. 2016. Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi. Salemba Medika: Jakarta.
- Stanhope, M. & Lancaster. J. (2014). Community health nursing. Process and practice for promoting health. Mosby Company, USA.
- Sudiharto (2007).Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural Jakarta EGC
- Suprayitno (2004),Asuhan Keperawatan Keluarg Aplikasi dan Praktik,,Jakarta,EGC

Swanson M. Janice, Nies. Mary. (1997). Community Health Nursing Pro- moting the Health of Aggregate. Philadelphia: WB. Saunders.

BAB 3

MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Keperawatan sebagai suatu disiplin ilmu sehingga keperawatan membutuhkan adanya suatu ilmu pengetahuan yang dibangun berdasarkan teori dan model keperawatan. Keperawatan membutuhkan adanya teori karena teori memberi kontribusi fondasi dasar yang baik pada praktik keperawatan dan membuat hubungan yang baik antara praktisi dengan ahli riset (Mertajaya et,al, 2019).

Model konseptual diperlukan untuk memandu praktik dan penelitian keperawatan keluarga. Hal ini dianggap penting terkait dengan keperawatan keluarga karena berpikir secara timbal balik dan sistematis, dalam keperawatan keluarga membutuhkan peralihan peradigma dan pendekatan individu sebagai klien menjadi keluarga sebagai klien. Sumber konsep dan teori keperawatan keluarga berfungsi untuk membedakan, menjelaskan atau memperkirakan fenomena yang ada dalam keperawatan (Nasrudin, 2014).

Judul: Model Konseptual Keperawatan Keluarga.

Pengantar Penulis:

Praty Milindasari, M.Kes.

Dosen : Program Studi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Bunda Delima Bandar Lampung

Dosen Mata Kuliah : Keperawatan Keluarga, Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, Keperawatan Dasar, Ilmu Komplementer, dan Metodologi Penelitian

Tujuan Buku: Buku ini dibuat supaya pembaca dapat memahami dan menjelaskan tentang Model Konseptual Keperawatan Keluarga, dengan harapan supaya pembaca dapat mengaplikasikan atau menerapkan ke dalam Asuhan Keperawatan keluarga.

Sasaran Pembaca: Buku ini ditujukan untuk Siswa Sekolah Menengah Kejuruan Kesehatan, Mahasiswa kesehatan khususnya mahasiswa keperawatan, dan tenaga kesehatan/keperawatan professional.

Isi Buku: Buku ini menjelaskan tentang Model Konseptual Keperawatan keluarga, yang terdiri dari :

1. Pengertian model konsep keperawatan
2. Tujuan dari Teori dan Model Keperawatan
3. Karakteristik dari Teori dan Model Keperawatan
4. Model Konseptual Keperawatan Keluarga

Metode Pembelajaran: Teks tulisan, gambar, sumber daya tambahan dan latihan

Pendekatan Pembelajaran: Pembelajaran aktif.

Pedoman Penggunaan: Buku ini harus dibaca secara teliti agar mudah dipahami dan kerjakan latihan-latihan untuk membantu pemahaman materi ini

Daftar Isi:

1. Pengertian model konsep keperawatan
2. Tujuan dari Teori dan Model Keperawatan
3. Karakteristik dari Teori dan Model Keperawatan
4. Model Konseptual Keperawatan Keluarga

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, social kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien, sesuai dengan standar asuhan keperawatan (CP.KK.01)
2. Mampu mengelola asuhan keperawatan sesuai kewenangan klinis (CP.KK.02)
3. Mampu melaksanakan promosi kesehatan untuk meningkatkan pola hidup sehat klien dan menurunkan angka kesakitan (CP.KK.07)
4. Menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas dengan menganalisis data serta metode yang sesuai dan dipilih dari beragam metode yang sudah maupun belum baku dan dengan menganalisis data (CP.KU.01)
5. Menunjukkan kinerja dengan mutu dan kuantitas yang terukur (CP.KU.02)
6. Memecahkan masalah pekerjaan dengan sifat dan konteks yang sesuai dengan bidang keahlian terapannya, didasarkan pada pemikiran logis dan inovatif, dilaksanakan dan bertanggung jawab atas hasilnya secara mandiri (CP.KU.03)

Tujuan Instruksional:

Mampu memahami Model Konseptual Keperawatan keluarga

Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan pembaca memiliki pengetahuan dan kemampuan :

1. Menjelaskan definisi model konseptual keperawatan
2. Menjelaskan tujuan dari teori model keperawatan
3. Menyebutkan karakteristik dari teori model keperawatan
4. Mengidentifikasi teori dan model-model keperawatan yang dapat diaplikasikan dalam praktik keperawatan keluarga.

Uraian Materi

Sub bab ini menjelaskan bagaimana model konseptual keperawatan keluarga yang mendasari praktik keperawatan keluarga dan diharapkan mahasiswa memiliki pemahaman dan wawasan tentang model konseptual, teori, dan model keperawatan keluarga sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.

A. Pengertian Model Konsep Keperawatan

Konsep adalah suatu keyakinan yang kompleks terhadap suatu objek, benda, suatu peristiwa atau fenomena berdasarkan pengalaman dan persepsi seseorang berupa ide, pandangan atau keyakinan. Kumpulan beberapa konsep ke dalam suatu kerangka yang dapat dipahami membentuk suatu model atau kerangka konsep (Gusti, 2013).

Model konsep adalah rangkaian konstruksi yang sangat abstrak dan berkaitan yang menjelaskan secara luas fenomen-fenomena, mengekspresikan asumsi dan mencerminkan masalah. Model konseptual keperawatan merupakan suatu cara untuk memandang situasi dan kondisi pekerjaan yang melibatkan perawat di dalamnya. Model konseptual tersusun atas ide-ide (konsep-konsep) abstrak dan umum, dan proposisi yang menspesifikasi hubungan antara keduanya. Model konseptual sangat penting sebagai landasan perkembangan disiplin keperawatan (Nasrudin, 2014).

Teori adalah deskripsi atau penjelasan dari suatu fenomena dan hubungan antara fenomena-fenomena semacam itu. Secara inti, konsep seperti deskripsi simbolik dari fenomena dihubungkan dengan preposisi yang menyatakan hubungan di antara fenomena-fenomena tersebut. Teori keperawatan merupakan seperangkat ide, definisi, hubungan dan harapan atau saran yang berasal dari model keperawatan atau dari disiplin (bidang ilmu) lain dari rancangan purposif, pandangan metodis fenomena dengan merancang inter-relantionship khusus di antara ide-ide yang bertujuan menggambarkan, menjelaskan peramalan atau merekomendasikan (Nasrudin, 2014).

Hampir semua model keperawatan yang diaplikasikan dalam praktik keperawatan professional menggambarkan empat jenis konsep yang sama (Silalahi et al., 2022), yaitu :

1. Orang yang menerima asuhan keperawatan

2. Lingkungan (masyarakat)
3. Kesehatan (sehat/sakit, kesehatan dan penyakit)
4. Keperawatan dan peran perawat (tujuan/sasaran, peran dan fungsi)

B. Tujuan dari Teori dan Model Keperawatan

1. Tujuan Teori Keperawatan (Salamung et al., 2021)

- a. Adanya teori keperawatan diharapkan dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan, baik bentuk tindakan atau bentuk model praktik keperawatan sehingga berbagai permasalahan dapat teratas.
- b. Adanya teori keperawatan membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan kemudian dapat memberikan dasar dalam penyelesaian berbagai masalah keperawatan.
- c. Adanya teori keperawatan membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan.
- d. Adanya teori keperawatan juga dapat memberikan dasar dari asumsi filosofi keperawatan sehingga pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus bertambah dan berkembang.

2. Tujuan Model Keperawatan

- a. Menjaga konsisten asuhan keperawatan
- b. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
- c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
- d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.
- e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

C. Karakteristik dari Teori dan Model Keperawatan

1. Teori keperawatan mengidentifikasi dan mendefinisikan sebagai hubungan yang spesifik dari konsep-konsep keperawatan seperti hubungan antara konsep manusia, konsep sehat-sakit, konsep lingkungan dan keperawatan.

2. Teori keperawatan bersifat ilmiah, artinya teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berfikir yang logis.
3. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum, artinya teori keperawatan dapat digunakan pada masalah sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktik keperawatan.
4. Teori keperawatan berperan dalam memperkaya *body of knowledge* keperawatan yang dilakukan melalui penelitian.
5. Teori keperawatan menjadi pedoman dan berperan dalam memperbaiki kualitas praktik keperawatan.

D. Model Konseptual Keperawatan Keluarga

1. Model Lingkungan dari Florence Nightingale

Florence merupakan salah satu pendiri yang meletakkan dasar-dasar teori keperawatan yang melalui filosofi keperawatan, yang dikenal dengan teori lingkungannya. Inti konsep Florence Nightingale yaitu pasien dipandang dalam konteks lingkungan secara keseluruhan yang terdiri dari lingkungan fisik, lingkungan psikologis, dan lingkungan sosial (Alligood, 2017)

a. Lingkungan Fisik (*Physical Environment*)

Merupakan lingkungan dasar/alami yang berhubungan dengan ventilasi dan udara. Faktor tersebut mempunyai efek terhadap lingkungan fisik yang bersih yang selalu akan mempengaruhi pasien dimanapun dia berada. Dalam ruangan harus bebas dari debu, asap, dan bau-bauan. Tempat tidur pasien harus bersih, ruangan hangat, udara bersih, tidak lembab, bebas dari bau-bauan. Lingkungan dibuat sedemikian rupa sehingga memudahkan perawatan baik bagi orang lain maupun dirinya sendiri.

Luas, tinggi penempatan tempat tidur harus memberikan keleluasaan pasien untuk beraktivitas. Tempat tidur harus mendapatkan penerangan yang cukup, jauh dari kebisingan, dan bau limbah. Posisi pasien di tempat tidur harus diatur sedemikian rupa supaya mendapat ventilasi.

b. Lingkungan Psikologi (Psychologi Enviroment)

Florence Nightingale melihat bahwa kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stress fisik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien. Oleh karena itu ditekankan kepada pasien menjaga rangsangan fisiknya. Mendapatkan sinar matahari, makanan yang menarik, dan aktivitas manual dapat merangsang semua faktor untuk membantu pasien dalam mempertahankan emosinya.

Komunikasi dengan pasien dipandang dalam suatu konteks lingkungan secara menyeluruh, komunikasi jangan dilakukan secara terburu-buru atau terputus-putus. Komunikasi tentang pasien yang dilakukan dokter dan keluarganya sebaiknya dilakukan di lingkungan pasien dan kurang baik bila dilakukan di luar lingkungan pasien atau jauh dari pendengaran pasien. Tidak boleh memberikan harapan yang terlalu muluk, menasehati yang berlebihan tentang kondisi penyakitnya. Selain itu membicarakan kondisi-kondisi lingkungan di mana dia berada atau cerita hal-hal yang menyenangkan dan para pengunjung yang baik dapat memberikan rasa nyaman.

c. Lingkungan Sosial (Social Enviroment)

Observasi dari lingkungan sosial terutama hubungan yang spesifik, kumpulan data-data yang spesifik dihubungkan dengan keadaan penyakit, sangat penting untuk pencegahan penyakit. Dengan demikian, setiap perawat harus menggunakan kemampuan observasi dalam hubungan dengan kasus-kasus secara spesifik lebih dari sekedar data-data yang ditunjukkan pasien pada umumnya.

Asumsi utama Model Florence Nightingale

a. Manusia

Manusia terdiri dari komponen fisik, intelektual, emosional, sosial, spiritual. Meskipun lebih berfokus pada aspek fisik tetapi tetap saja ide yang dikemukakan Nightingale tentang seseorang yang sedang sakit mempunyai semangat hidup yang lebih besar daripada mereka yang sehat, dan sebenarnya terkait dengan dimensi psikologik dari manusia.

b. Lingkungan

Nightingale merujuk pada lingkungan fisik eksternal yang mempengaruhi proses penyembuhan dan kesehatan yang meliputi lima

komponen lingkungan yang terpenting dalam mempertahankan kesehatan individu yang meliputi: udara bersih, air yang bersih, pemeliharaan yang efisien, kebersihan, serta penerangan/pencahayaan. Nightingale lebih menekankan pada lingkungan fisik daripada lingkungan sosial dan psikologis yang dieksplor secara lebih terperinci dalam tulisannya. Penekannanya terhadap lingkungan sangat jelas melalui pernyataanya bahwa jika ingin meramalkan masalah kesehatan, maka yang harus dilakukan adalah mengkaji keadaan rumah, kondisi dan cara hidup seseorang daripada mengkaji fisik/tubuhnya.

c. Kesehatan

Nightingale mendefinisikan kesehatan sebagai merasa sehat dan menggunakan semaksimal mungkin setiap kekuatan yang dimiliki yang merupakan proses aditif, yaitu hasil kombinasi dari faktor lingkungan, fisik, dan psikologis. Terutama faktor lingkungan meliputi: kebersihan, minuman, nutrisi, kelembaban, jalan udara, saluran air, yang mempengaruhi kesehatan. Menurut Nightingale keadaan sehat dapat dicapai melalui pendidikan dan perbaikan kondisi lingkungan. Penyakit merupakan proses perbaikan, tubuh berusaha untuk memperbaiki masalah. Juga merupakan suatu kesempatan untuk meningkatkan pandangan spiritual. Oleh karena itu Nightingale sangat menekankan bahwa kesehatan tidak hanya berorientasi dalam lingkungan rumah sakit tetapi juga komunitas.

d. Keperawatan

Nightingale memandang keperawatan sebagai ilmu kesehatan dan menguraikan keperawatan sebagai mengarahkan terhadap peningkatan dan pengelolaan lingkungan fisik sehingga alam akan menyembuhkan pasien. Oleh karena itu, kegiatan keperawatan termasuk memberikan pendidikan tentang kebersihan di rumah tangga dan lingkungan untuk membantu wanita untuk menciptakan atau membuat lingkungan sehat bagi keluarganya dan komunitas yang pada dasarnya bertujuan untuk mencegah penyakit.

2. Teori Imogene King tentang Pencapaian Ilmu

Kerangka ini dikenal sebagai kerangka sistem terbuka. Asumsi yang mendasari kerangka ini adalah :

- a. Asuhan keperawatan berfokus pada manusia termasuk berbagai hal yang mempengaruhi kesehatan seseorang.
- b. Tujuan asuhan keperawatan adalah kesehatan bagi individu, kelompok dan masyarakat.
- c. Manusia selalu berinteraksi secara konstan terhadap lingkungan.

Dalam kerangka konsep ini ada terdapat 3 sistem yang saling berinteraksi dan saling berhubungan erat, yaitu :

- a. Kepribadian (personal system) : kepribadian seseorang dipengaruhi oleh persepsi, konsep diri, pertumbuhan dan perkembangan, gambaran diri, tempat dan waktu.
- b. Interpersonal sistem : terbentuk karena hasil dan peran
- c. Sosial system : meliputi keluarga, kelompok keagamaan, pendidikan, pekerjaan, dan kelompok sebaya.

Menurut King tujuan pemberian asuhan keperawatan dapat tercapai jika perawat dan pasien saling bekerja sama dalam mengidentifikasi masalah serta menetapkan tujuan bersama yang hendak dicapai (Widagdo and Resnayati, 2019).

Asumsi Utama Model Imogene King

a. Keperawatan

Merupakan perilaku yang dapat diobservasi yang ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan masyarakat. Keperawatan dipandang sebagai proses interpersonal aksi, reaksi, interaksi, dan transaksi sehingga model keperawatan King dikenal sebagai *An Interaction Model*.

b. Manusia

Menurut King, individu memiliki hakuntuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupan dan kesehatan mereka, serta hak untuk menerima atau menolak perawatan kesehatan.

c. Kesehatan

Kesehatan mempengaruhi upaya adaptasi yang terus menerus terhadap kondisi stress, baik internal maupun eksternal, melalui pemanfaatan optimum SDM guna meraih potensi maksimal bagi kehidupan keseharian.

d. Keperawatan

King menyatakan pemahaman tata cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna mempertahankan kesehatan merupakan inti bagi perawat. Sistem terbuka berimplikasi pada terciptanya interaksi antara sistem dan lingkungan yang mempengaruhi perubahan lingkungan secara konstan.

3. Model Sister Callista Roy tentang Adaptasi (Adaptation Model)

Roy mengembangkan teori adaptasi, dengan memandang keluarga sama halnya dengan individu, kelompok, organisasi yang akan beradaptasi terhadap perubahan baik pada lingkungan internal maupun eksternal, coping dijadikan strategi penyelesaian masalah oleh keluarga (Alligood, 2017).

Proses adaptasi melibatkan seluruh fungsi secara holistic, mencakup semua interaksi individu dengan lingkungannya dan dibagi dua proses (Nadirawati, 2018), antara lain :

- a. Proses yang timbulkan oleh perubahan lingkungan internal dan eksternal.
Perubahan ini merupakan stressor atau stimulus fokal. Apabila stressor atau stimulus tersebut mendapat dukungan dengan faktor-faktor konseptual dan residual maka akan muncul interaksi yang biasa disebut stress. Dengan demikian adaptasi sangat diperlukan untuk mengatasi stress.
- b. Proses mekanisme coping yang dirangsang untuk menghasilkan respon adaptif atau tidak efektif. Hasil dari proses adaptasi adalah suatu kondisi yang dapat meningkatkan pencapaian tujuan individu mencakup kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi, dan integritas.

Asumsi Utama Model Adaptasi Sister Callista Roy

a. Keperawatan

Keperawatan sebagai ilmu dan praktik berperan dalam meningkatkan adaptasi individu dan kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan interaksi individu dengan lingkungan, sehingga adaptasi dalam setiap aspek semakin meningkat. Komponen-komponen adaptasi mencakup fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan saling ketergantungan.

b. Manusia

Manusia merupakan bagian dari sistem adaptasi, yaitu suatu kumpulan unit yang saling berhubungan mempunyai masukan, proses kontrol, keluaran dan umpan balik. Proses kontrol adalah mekanisme coping yang dimanifestasikan dengan adaptasi secara spesifik. Manusia dalam sistem ini berperan sebagai kognator dan regulator (pengaturan) untuk mempertahankan adaptasi. Manusia sebagai masukan dalam sistem adaptif, terdiri dari lingkungan eksternal dan internal. Proses kontrol manusia adalah mekanisme coping yaitu sistem regulator dan kognator. Keluaran dari sistem ini dapat berupa respons adaptif atau respons tidak efektif.

c. Lingkungan

Lingkungan didefinisikan sebagai semua kondisi, keadaan dan faktor lain yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok.

d. Kesehatan

Kesehatan didefinisikan sebagai keadaan yang muncul atau proses yang terjadi pada makhluk hidup dan berintegrasi dalam individu seutuhnya.

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

Keluarga diuraikan sebagai fokus yang tepat untuk pengkajian dan intervensi primer, sekunder, dan tertier. Proses keperawatan digunakan sebagai penghubung antara teori keluarga dan praktik keperawatan. Model dari Neuman digunakan dalam pengkajian dan intervensi keluarga.

Model konseptual dari Neuman memberi penekanan pada penurunan stres dengan memperkuat garis pertahanan diri baik yang bersifat fleksibel, normal maupun yang resisten diarahkan ketiga garis pertahanan tersebut yang terkait dengan tiga level prevensi. Model ini menganalisis interaksi 4 level yang menunjang komunitas fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual. Adapun tujuan keperawatan adalah stabilitas klien dan keluarga dalam lingkungan yang dinamis (Widagdo and Resnayati, 2019).

Asumsi yang digunakan Neuman tentang 4 konsep utama dari paradigm keperawatan yaitu :

a. Manusia

Merupakan suatu sistem terbuka yang selalu mencari keseimbangan dari harmoni dan merupakan satu kesatuan dari fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual.

b. Lingkungan

Yaitu meliputi semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh-pengaruh dari sekitar klien atau sistem klien.

c. Sehat

Suatu kondisi terbebasnya dari gangguan pemenuhan kebutuhan. Sehat merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan menghindari dan mengatasi stressor. Sehat menurut Neuman adalah suatu keseimbangan biopsikososial dan spiritual pada tiga garis pertahanan klien, yaitu fleksibel, normal, dan resisten.

d. Keperawatan

Keperawatan di mana intervensi keperawatan bertujuan untuk menurunkan stressor melalui pencegahan primer, sekunder, dan tertier.

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

Menurut orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya (Mertajaya & Sitorus, 2019). Dalam konsep keperawatan Orem mengembangkan tiga bentuk teori self care diantaranya :

a. Perawatan Diri Sendiri (*self care*)

Dalam teori self care, Orem mengemukakan bahwa self care meliputi :

- 1) Self care itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan, serta kesejahteraan.
- 2) Self care agency, merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain.

- 3) Adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat.
- 4) Kebutuhan self care merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh, self care yang bersifat universal itu adalah aktivitas sehari-hari (ADL) dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya.

b. Self Care Defisit

Merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan yang dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan self care, baik secara kualitas maupun kuantitas.

c. Teori Sistem Keperawatan

Merupakan teori yang menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri yang didasari pada Orem yang mengemukakan tentang pemenuhan kebutuhan diri sendiri, kebutuhan pasien, dan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri.

Asumsi Utama Model Orem

a. Manusia

Orem mempercayai bahwa individu memiliki kecenderungan untuk belajar dan berkembang. Faktor yang mempengaruhi kecenderungan belajar termasuk umur, kapasitas mental, budaya, social, dan status emosional dari individu. Jika seseorang tidak dapat mempelajari langkah perawatan diri, yang lainnya harus dapat merawat dan membuktikannya.

b. Kesehatan

Kesehatan sebagai status fisik, mental dan kehidupan soial, tidak hanya mengenai kelemahan fisik atau penyakit. Dasar kesehatan pada konsep perawatan preventif. Perawatan kesehatan termasuk peningkatan dan pemeliharaan dari kesehatan (*primary prevention*), perawatan diri penyakit/luka (*secondary prevention*), dan komplikasi dari pencegahan (*tertiary prevention*).

c. Lingkungan

Kondisi lingkungan dibagi dua, yaitu lingkungan eksternal fisik dan lingkungan psikologososial. Lingkungan dapat berpengaruh positif maupun negative terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan self care.

d. Keperawatan

Keperawatan adalah jenis pelayanan kesehatan spesifik yang berdasarkan pada nilai. Ada beberapa faktor yang berhubungan dengan konsep keperawatan, yaitu: seni dan kebijaksanaan keperawatan, keperawatan sebagai layanan, fungsi teori keperawatan dan teknologi keperawatan.

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

Model konsep dari Martha E. Rogers dikenal dengan nama konsep manusia sebagai unit. Martha berasumsi manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda.

Asumsi tersebut didasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah yaitu keutuhan manusia dan lingkungan, kemudian sistem ketersediaan sebagai satu kesatuan yang utuh serta proses kehidupan manusia berdasarkan konsep homeodinamik (Sudaryanto, 2020), yang terdiri dari :

- a. Integritas : Individu sebagai satu kesatuan dengan lingkungan yang tidak dapat dipisahkan dan saling mempengaruhi satu dengan yang lain.
- b. Resonansi : Proses kehidupan antara individu dengan lingkungan berlangsung dengan berirama dengan frekuensi yang bervariasi.
- c. Hility : Terjadinya proses interaksi antara manusia dengan lingkungan akan terjadi perubahan baik perlahan-lahan maupun berlangsung dengan cepat.

Asumsi Utama Model Martha E. Rogers

a. Keperawatan

Memfokuskan kepada subjek manusia dan alam semesta sebagai tempat tinggalnya sesuai dengan sifat asuhan keperawatan, yang mencakup manusia dan lingkungannya. Tujuan keperawatan adalah mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan untuk semua orang.

b. Manusia

Manusai sebagai sistem terbuka dan merupakan proses interaksi yang terus menerus dalam sistem tersebut, yaitu dengan lingkungan (integralitas). Manusia dan lingkungan dipersepsi sebagai lahan energi yang terintegrasi satu sama lain, tidak dapat diperkecil lagi, dan memiliki banyak cara dalam berevolusi.

c. Kesehatan

Kesehatan sebagai suatu konsep yang didefinisikan berdasarkan budaya atau individu. Sehat sakit merupakan manifestasi dari suatu pola dan dianggap "mendefinisikan" perilaku-perilaku yang memiliki nilai tinggi (baik) dan perilaku bernilai rendah.

d. Lingkungan

Lahan lingkungan adaalah tidak terbatas dan perubahannya bersifat terbarukan secara kontinyu, tidak dapat diprediksi, dan memiliki karakteristik yang beragam.

7. Model Friedman

Proses keperawatan keluarga akan berbeda tergantung pada siapa yang menjadi fokus perawatan. Perbedaan tersebut tergantung pada perawat dalam mengkonseptualisasi keluarga dalam prakteknya. Perawat yang memandang keluarga sebagai latar belakang atau konteks individual pasien, kemudian individu anggota keluarga menjadi fokus dan proses keperawatan adalah berorientasi pada individu sebagai cara yang tradisional. Perawat yang mengkonseptualisasi keluarga sebagai unit perawatan, kemudian keluarga sebagai unit atau sistem adalah fokus yang diinginkan dan ini jarang dilakukan (Friedman et al., 2014)

Perawat keluarga dalam prakteknya harus menstimulasi individu dan keluarga dan system keluarga. Hal ini berarti perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga harus menerapkan dua jalan, yaitu perawatan pada individu dan keluarga serta keluarga sebagai sistemnya. Sehingga

dalam melakukan pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan akan lebih kompleks dan mendalam (Friedman et al., 2014). Friedman dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga menerapkan langkah-langkah terkait dengan lima langkah dalam proses keperawatan keluarga. Asuhan keperawatan keluarga dimulai dengan pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan keluarga.

8. Model Jean Watson tentang Transpersonal Caring

Jean Watson terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Tolak ukur pandangan Watson didasari pada unsur teori kemanusiaan. Manusia memiliki 4 cabang kebutuhan yaitu : kebutuhan dasar biofisikal/kebutuhan untuk hidup (makanan dan cairan, eliminasi, ventilasi), kebutuhan psikofisikal/kebutuhan fungsional (aktivitas dan istirahat, serta seksual), kebutuhan psikososial/kebutuhan untuk integrasi (kebutuhan untuk prestasi, organisasi, dan kebutuhan intra), dan interpersonal/kebutuhan untuk pengembangan (kebutuhan untuk aktualisasi diri).

Asumsi Utama Model Jean Watson

a. Keperawatan

Berfokus pada proses perawatan manusia dan aspek transpersonal dari caring-healing dalam hubungan caring transpersonal.

b. Manusia

Watson memandang seseorang sebagai suatu kesatuan dan pikiran, tubuh, jiwa, dan alam.

c. Kesehatan

Definisi Watson tentang kesehatan diturunkan dari definisi WHO sebagai keadaan positif dan kesejahteraan fisik, mental, dan social dengan meliputi 3 elemen :

- 1) Keadaan fisik, mental, dan social berada pada tingkat tinggi.
- 2) Fungsi sehari-hari berada pada tingkat adaptif pemeliharaan
- 3) Ketiadaan penyakit (atau adanya usaha untuk meniadakan penyakit)

d. Lingkungan

Watson menyatakan peran perawat terhadap lingkungan adalah memberikan lingkungan mental, fisik, sosial, dan spiritual yang mendukung, melindungi, dan atau memperbaiki.

E. Latihan Soal

1. Suatu konstruksi yang sistematik, berdasarkan ilmu pengetahuan dan logika, berkaitan dengan konsep yang diidentifikasi pada komponen yang nyata pada praktik keperawatan merupakan pengertian dari?

- a. Model konsep
- b. Konsep keperawatan
- c. Model konseptual keperawatan
- d. Model keperawatan
- e. Model konceptual

Kunci jawaban : C

2. Model yang merumuskan sebuah system terbuka di mana orang dan lingkungan berada dalam interaksi dinamis, model tersebut dikembangkan oleh?

- a. Orem
- b. Neuman
- c. Roy
- d. Friedman
- e. Rogers

Kunci jawaban : B

3. Istilah dari 1) self care, 2) self care argency, 3) self care defish, 4) self care therapeutir, merupakan model keperawatan menurut?

- a. Orem
- b. Neuman
- c. Roy
- d. Friedman
- e. Rogers

Kunci jawaban : A

4. Tujuan utama dari perawatan adalah stabilitas sistem, pernyataan tersebut dikemukakan oleh?

- a. Neuman
- b. Roy
- c. King
- d. Rogers
- e. Orem

Kunci jawaban : A

5. Model-model keonseptual dapat memberikan sebuah outline umum untuk?

- a. Mengorganisasikan isi kurikulum dan untuk menyeleksi pendekatan belajar mengajar
- b. Untuk memandu praktikum
- c. Upaya membantu individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat
- d. Memandang situasi secara berbeda-beda
- e. Untuk memahami konteks

Kunci jawaban : A

6. Menurut Jean Watson manusia memiliki 4 cabang kebutuhan, kecuali?

- a. kebutuhan dasar biofisikal
- b. kebutuhan psikofisikal
- c. kebutuhan psikososial
- d. Kebutuhan fisikal
- e. kebutuhan untuk aktualisasi diri

Kunci jawaban : D

7. Model-model konseptual dapat memberikan sebuah outline umum untuk mengorganisasikan isi kurikulum dan untuk menyeleksi pendekatan belajar mengajar. Ini merupakan manfaat model konseptual dalam?

- a. Pendidikan keperawatan
- b. Riset keperawatan
- c. Administrasi keperawatan
- d. Praktik keperawatan
- e. Pengembangan ilmu keperawatan

Kunci jawaban : A

8. Menurut Neuman, system pada klien terdiri dari 5 variabel yang berinteraksi, antara lain?

- a. Fisiologis
- b. Psikologis
- c. Sosial
- d. Kultural
- e. Kebutuhan individu

Kunci jawaban : E

9. Tujuan perawat adalah untuk mempertahankan dan mempertinggi tingkah laku yang tidak efektif menjadi adaptif adalah aplikasi pada praktik keperawatan menurut?

- a. Roy
- b. King
- c. Rogers
- d. Neuman
- e. Orem

Kunci jawaban : A

10. Konsep-konsep yang sering dibahas dalam hubungan dengan teori sistem umum adalah?

- a. Keseluruhan, organisasi, keterbukaan
- b. Kesehatan dan kebutuhan
- c. Model dan sistem
- d. Keuntungan dan kerugian
- e. Kelebihan dan kekurangan

Kunci jawaban : A

F. Rangkuman Materi

Konsep "manusia" pada awalnya mengacu pada klien individu. Namun pada perkembangannya konsep manusia/klien diperluas pada sasaran individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Model Konseptual keperawatan sangat penting bagi praktik keperawatan karena memberikan pendekatan terstruktur terhadap perawatan pasien, mempromosikan perawatan holistik, mendorong pemikiran kritis, dan berfungsi sebagai landasan untuk praktik berbasis bukti. Ada berbagai Model Konseptual yang bisa diterapkan dalam memberikan asuhan

keperawatan keluarga diantaranya model sistem kesehatan Newman, model perawatan diri Orem, Model adaptasi Roy, dan Model pengkajian keluarga Friedman.

G. Glosarium

- SDM : Sumber Daya Manusia
ADL : *Activity of Daily Living*
WHO : *World Health Organization*

H. Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Elsevier Ltd.
- Friedman, M. M., Bowman, V. R., & Jones, E. G. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik* (5th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. CV. Trans Info Media.
- Mertajaya, I. M., & Sitorus, E. (2019). *Modul Perkuliahan Keperawatan Keluarga: Konsep Keperawatan Keluarga*.
- Nadirawati. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga: Teori dan Apilikasi Praktik*. PT Refika Aditama.
- Nasrudin. (2014). *Pengertian Teori dan Model Konseptual Keperawatan Keluarga*.
- Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Rasiman, N. B., Maria. P, D., & Rumbo, H. (2021). *Keperawatan Keluarga*. Duta Media Publishing.
- Silalahi, L. E., Rahayu, D. Y. S., Winahyu, K. M., Dewi, S. U., Tasik, J. R., Kadang, Y., Rosita, Pangaribuan, S. M., Fritasari, M. F., Doloksaribu, T. M., Hastuti, H., Mustar, Limbong, M., & Lameky, V. Y. (2022). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Yayasan Kita Menulis.
- Sudaryanto. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Guepedia.

BAB 4

TREND DAN ISU DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Pengenalan tentang Keperawatan Keluarga

Definisi dan Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga dapat didefinisikan sebagai pendekatan yang berfokus pada perawatan kesehatan seluruh keluarga, dengan mempertimbangkan hubungan dan interaksi antaranggota keluarga serta bagaimana faktor-faktor eksternal memengaruhi kesehatan mereka. Ruang lingkup keperawatan keluarga mencakup penilaian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan kesehatan dalam konteks keluarga. Ini melibatkan berbagai aspek, mulai dari pencegahan penyakit, manajemen kondisi kronis, hingga dukungan emosional dan pendidikan kesehatan.

Keperawatan keluarga mengintegrasikan teori-teori kesehatan, prinsip-prinsip keperawatan, serta pemahaman tentang dinamika keluarga untuk memberikan perawatan yang holistik. Pendekatan ini menekankan pentingnya peran keluarga dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan individu serta bagaimana lingkungan keluarga dapat menjadi faktor pendorong atau penghambat dalam proses penyembuhan dan pemulihan.

Peran Keperawatan Keluarga dalam Konteks Modern

Dalam konteks modern, peran keperawatan keluarga telah berkembang untuk menanggapi berbagai tantangan kesehatan global dan lokal. Perubahan gaya hidup, peningkatan prevalensi penyakit kronis, serta dampak dari globalisasi dan urbanisasi, semuanya mempengaruhi kesehatan keluarga dan dinamika perawatan. Perawat keluarga kini tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan, tetapi juga sebagai pendidik, konselor, dan fasilitator perubahan dalam gaya hidup sehat.

Perawat keluarga berperan dalam membantu keluarga mengatasi tantangan kesehatan yang kompleks, seperti penyakit menular dan tidak menular, serta masalah kesehatan mental. Mereka juga terlibat dalam perencanaan perawatan yang berfokus pada kebutuhan khusus setiap keluarga, serta dalam kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal. Dengan pendekatan berbasis bukti dan teknologi terbaru, perawat keluarga dapat memberikan perawatan yang lebih personal dan efektif, serta mendukung keluarga dalam menjalani peran mereka sebagai pendukung utama kesehatan anggotanya.

Buku ajar ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai tren dan isu terkini dalam keperawatan keluarga, memberikan wawasan yang mendalam tentang praktik terbaik, serta membekali pembaca dengan pengetahuan yang relevan untuk menghadapi tantangan dalam konteks keperawatan keluarga yang terus berkembang.

Keperawatan keluarga merupakan salah satu cabang dari ilmu keperawatan yang fokus pada penanganan dan perawatan anggota keluarga sebagai unit dalam konteks kesehatan. Di tengah dinamika perubahan sosial dan perkembangan medis yang pesat, peran keperawatan keluarga semakin penting dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga. Buku ajar ini akan membahas berbagai tren dan isu terkini yang relevan dengan keperawatan keluarga, memberikan panduan dan wawasan untuk para profesional keperawatan dalam menjalankan peran mereka secara efektif.

Judul: Trend dan isu Keperawatan keluarga

Pengantar Penulis: Selamat datang di buku ajar Trend dan Isu dalam Keperawatan Keluarga. Saya, Anni Sinaga, S.Kp., M.Kep, merasa terhormat untuk mempersembahkan karya ini kepada para profesional keperawatan, mahasiswa, dan semua pihak yang memiliki minat dalam bidang keperawatan keluarga.

Sebagai seorang praktisi dan akademisi di bidang keperawatan, saya telah menghabiskan bertahun-tahun bekerja dengan keluarga dan mengamati dinamika yang mempengaruhi kesehatan mereka. Pengalaman ini telah

memberikan saya pemahaman mendalam tentang betapa pentingnya peran keperawatan keluarga dalam konteks modern. Melalui buku ini, saya ingin membagikan pengetahuan dan wawasan yang telah saya kumpulkan, serta mengeksplorasi berbagai tren dan isu terkini yang memengaruhi praktik keperawatan keluarga.

Keperawatan keluarga adalah bidang yang dinamis dan terus berkembang, terutama dengan adanya perubahan sosial, ekonomi, dan teknologi yang berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Buku ini dirancang untuk menjadi panduan praktis dan akademis yang tidak hanya membahas definisi dan ruang lingkup keperawatan keluarga, tetapi juga membahas peran penting yang dimainkan oleh perawat keluarga dalam konteks yang semakin kompleks ini.

Penulisan buku ini didorong oleh kebutuhan untuk memberikan informasi yang relevan dan terkini tentang praktik keperawatan keluarga, serta untuk memperkenalkan pendekatan-pendekatan baru dalam perawatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup keluarga. Saya berharap bahwa buku ini akan menjadi sumber inspirasi dan pengetahuan bagi Anda dalam memahami dan menangani berbagai isu kesehatan keluarga dengan lebih efektif.

Saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada semua rekan, mentor, dan siswa yang telah mendukung dan menginspirasi saya sepanjang perjalanan ini. Tanpa dukungan mereka, karya ini tidak akan mungkin terwujud. Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi yang signifikan bagi pengembangan praktik keperawatan keluarga dan meningkatkan pemahaman kita tentang bagaimana mendukung keluarga dalam menghadapi tantangan kesehatan.

Selamat membaca dan semoga buku ini bermanfaat bagi Anda dalam perjalanan profesional dan akademis Anda.

Tujuan Buku: untuk menjembatani kebutuhan informasi dan praktik dalam keperawatan keluarga, serta memberikan kontribusi yang berarti bagi peningkatan kualitas perawatan dan dukungan kepada keluarga dalam konteks kesehatan.

Sasaran Pembaca:

Buku ajar Trend dan Isu dalam Keperawatan Keluarga ditujukan untuk berbagai kelompok pembaca yang memiliki kepentingan dan keterlibatan dalam bidang keperawatan keluarga. Sasaran pembaca buku ini meliputi:

1. Mahasiswa Keperawatan

Buku ini dirancang untuk memberikan pengetahuan dasar dan pemahaman mendalam tentang keperawatan keluarga, serta tren dan isu terkini yang relevan. Mahasiswa keperawatan akan menemukan panduan praktis dan teoritis yang akan membantu mereka mempersiapkan diri untuk praktik klinis dan akademis di lapangan.

Praktisi Keperawatan Keluarga

Perawat yang bekerja dalam bidang keperawatan keluarga akan mendapatkan wawasan terbaru tentang pendekatan, teknik, dan strategi yang efektif dalam memberikan perawatan kepada keluarga. Buku ini juga menawarkan panduan untuk menangani berbagai tantangan yang mungkin mereka hadapi dalam praktik sehari-hari.

Pengajar dan Dosen Keperawatan

Para pengajar dan dosen dapat menggunakan buku ini sebagai referensi untuk materi kuliah dan diskusi kelas. Buku ini menyajikan informasi terkini dan relevan yang dapat memperkaya kurikulum dan membantu dalam membentuk pemahaman yang lebih mendalam tentang keperawatan keluarga bagi mahasiswa.

Peneliti dan Akademisi

Buku ini juga bermanfaat bagi peneliti dan akademisi yang tertarik dalam melakukan studi lebih lanjut mengenai keperawatan keluarga. Informasi tentang tren terbaru, isu-isu terkini, dan pendekatan berbasis bukti akan memberikan dasar yang kuat untuk penelitian dan pengembangan lebih lanjut dalam bidang ini.

Keluarga dan Individu yang Tertarik dengan Kesehatan Keluarga

Bagi anggota keluarga atau individu yang ingin memahami lebih baik tentang peran keperawatan keluarga dalam mendukung kesehatan mereka, buku ini menyediakan wawasan yang mudah dipahami mengenai bagaimana keperawatan keluarga dapat mempengaruhi kesejahteraan dan kualitas hidup mereka.

Isi Buku: Gambaran singkat tentang apa yang akan dibahas dalam buku, termasuk struktur, bab-bab, dan topik-topik utama yang akan disentuh.

diantaranya pengenalan keperawatan keluarga, prinsip-prinsip dasar keperawatan keluarga, Tren Terkini dalam keperawatan keluarga, isu kontemporer dalam keperawatan keluarga, dan peran perawat keluarga dalam konteks modern.

Metode Pembelajaran: Metode pembelajaran yang efektif untuk buku ajar Trend dan Isu dalam Keperawatan Keluarga haruslah interaktif dan dapat membekali pembaca dengan keterampilan praktis serta pemahaman teoritis.

Metode Pembelajaran

1. Pendekatan Teoritis dan Praktis

Penjelasan Teoritis: Setiap bab dimulai dengan penjelasan konsep-konsep dasar dan teori yang relevan dalam keperawatan keluarga. Ini bertujuan untuk memberikan landasan pengetahuan yang kuat.

Aplikasi Praktis: Setelah teori dijelaskan, bab-bab akan menyertakan bagian yang menunjukkan bagaimana teori tersebut diterapkan dalam praktik keperawatan keluarga. Ini mencakup langkah-langkah konkret, teknik, dan strategi yang dapat digunakan dalam situasi nyata.

2. Studi Kasus

Kasus Nyata: Setiap bab menyertakan studi kasus yang menggambarkan situasi dunia nyata dalam keperawatan keluarga. Studi kasus ini memberikan konteks praktis dan memungkinkan pembaca untuk menerapkan teori dalam situasi yang kompleks.

Analisis Kasus: Pembaca diminta untuk menganalisis kasus, mengidentifikasi masalah, dan merumuskan solusi. Ini dapat disertai dengan panduan analisis dan solusi ideal sebagai referensi.

3. Diskusi dan Refleksi

Pertanyaan Diskusi: Setiap bab menyertakan pertanyaan diskusi yang mendorong pembaca untuk berpikir kritis tentang topik yang dibahas. Pertanyaan ini dapat digunakan dalam kelompok belajar atau forum diskusi untuk memperdalam pemahaman.

Refleksi Pribadi: Pembaca didorong untuk menulis refleksi pribadi tentang bagaimana materi yang dipelajari dapat diterapkan dalam praktik mereka sendiri atau dalam konteks keluarga mereka.

4. Multimedia dan Sumber Daya Digital

Video dan Webinar: Menyediakan akses ke video atau webinar yang relevan yang memperjelas konsep-konsep penting atau menunjukkan praktik keperawatan keluarga dalam konteks dunia nyata.

Infografis dan Grafik: Menyertakan infografis dan grafik yang merangkum informasi penting dan memvisualisasikan data serta tren terkini dalam keperawatan keluarga.

5. Uji Pemahaman dan Evaluasi

Kuis dan Tes: Setiap bab dilengkapi dengan kuis atau tes singkat untuk menguji pemahaman pembaca terhadap materi yang telah dipelajari. Ini juga membantu dalam mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan.

Penilaian Diri: Pembaca dapat melakukan penilaian diri untuk mengevaluasi kemajuan mereka dan mengidentifikasi keterampilan serta pengetahuan yang perlu dikembangkan lebih lanjut.

Pendekatan Pembelajaran: Penjelasan tentang pendekatan atau metode pembelajaran yang digunakan dalam buku tersebut adalah pembelajaran aktif, berupa Forum Diskusi dan Kolaborasi, dimana

Forum Online dengan membuka forum online atau grup diskusi di mana pembaca dapat berbagi pengalaman, bertanya, dan mendiskusikan materi buku dengan rekan sejawat dan ahli dan Kelompok Belajar , dengan mengorganisir kelompok belajar untuk mendiskusikan topik-topik penting, berbagi wawasan, dan melakukan studi kasus bersama, atau metode lainnya seperti aktivitas Interaktif, dengan Simulasi dan Role-Play, dimana aktivitas ini dirancang untuk membiasakan pembaca dengan situasi keperawatan keluarga yang kompleks. Role-play dan simulasi membantu dalam pengembangan keterampilan komunikasi dan penilaian.

Pedoman Penggunaan: Petunjuk tentang bagaimana pembaca sebaiknya menggunakan buku ini, mungkin termasuk saran tentang cara membaca secara efektif, bagaimana menangani latihan-latihan, atau cara memanfaatkan sumber daya tambahan dengan menyediakan daftar bacaan tambahan dan referensi untuk pembaca yang ingin mengeksplorasi topik lebih dalam. Metode pembelajaran ini dirancang untuk memfasilitasi pemahaman yang mendalam dan aplikatif tentang keperawatan keluarga, serta untuk memastikan bahwa pembaca tidak hanya menguasai teori tetapi juga siap untuk menerapkan pengetahuan tersebut dalam praktik nyata

Daftar Isi: Daftar bab-bab dan sub-bab yang terdapat dalam buku, memberikan panduan kepada pembaca tentang struktur keseluruhan buku.

Pendahuluan ini bertujuan untuk memberikan pembaca pemahaman yang jelas tentang apa yang bisa mereka harapkan dari buku tersebut dan bagaimana mereka dapat menggunakan buku tersebut secara efektif dalam proses pembelajaran mereka.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran adalah bagian penting dalam sebuah buku ajar karena mereka menentukan apa yang diharapkan akan dicapai oleh pembelajar setelah menggunakan buku tersebut. Berikut adalah perbedaan antara keduanya:

Tujuan Intruksional:

Memahami Konsep Dasar Keperawatan Keluarga:

Mengidentifikasi dan menjelaskan prinsip-prinsip dasar keperawatan keluarga dan relevansinya dalam praktik keperawatan modern.

Mengidentifikasi Tren dan Isu Terkini dalam Keperawatan Keluarga:

Menganalisis tren dan isu terkini yang mempengaruhi keperawatan keluarga, termasuk perubahan demografis, sosial, dan teknologi.

Menerapkan Strategi Keperawatan Berdasarkan Tren Terkini:

Menyusun dan menerapkan strategi keperawatan yang sesuai dengan tren dan isu terbaru dalam konteks keperawatan keluarga.

Mengembangkan Kemampuan Analisis dan Pengambilan Keputusan:

Mengembangkan keterampilan analisis dan pengambilan keputusan dalam menghadapi berbagai isu yang timbul dalam praktik keperawatan keluarga.

Menilai Pengaruh Isu Sosial dan Kebijakan Terhadap Keperawatan Keluarga:

Menilai bagaimana isu sosial, ekonomi, dan kebijakan kesehatan mempengaruhi praktik dan kebijakan keperawatan keluarga.

Capaian Pembelajaran:

Pengetahuan dan Pemahaman:

Mahasiswa atau pembaca dapat menjelaskan konsep dasar keperawatan keluarga dan mengidentifikasi isu-isu serta tren yang relevan saat ini.

Analisis dan Evaluasi:

Mahasiswa atau pembaca dapat menganalisis dampak dari tren terkini terhadap praktik keperawatan keluarga dan mengevaluasi strategi yang diperlukan untuk menanggulangi isu-isu tersebut.

Praktik Terbaik:

Mahasiswa atau pembaca dapat menerapkan pengetahuan tentang tren dan isu terkini untuk mengembangkan dan melaksanakan rencana keperawatan yang efektif dan berbasis bukti.

Pengambilan Keputusan:

Mahasiswa atau pembaca dapat menunjukkan kemampuan untuk membuat keputusan yang tepat dan berbasis data dalam situasi keperawatan keluarga yang kompleks.

Evaluasi Dampak Kebijakan:

Mahasiswa atau pembaca dapat mengevaluasi bagaimana kebijakan dan isu sosial mempengaruhi praktik keperawatan keluarga serta menyarankan perbaikan kebijakan atau pendekatan praktis.

Dengan tujuan dan capaian pembelajaran ini, buku ajar diharapkan dapat membantu mahasiswa atau pembaca memahami dan menerapkan tren serta isu terkini dalam keperawatan keluarga secara efektif.

Uraian Materi

Uraian materi dalam buku ajar adalah deskripsi atau penjelasan tentang topik atau subjek tertentu yang disusun secara sistematis dan terstruktur. Materi tersebut dapat mencakup konsep, teori, prinsip, fakta, contoh, dan aplikasi dari subjek yang dibahas. Uraian materi dalam buku ajar biasanya disesuaikan dengan target audiens dan tujuan pembelajaran, serta disusun dengan cara yang mudah dipahami oleh pembaca. Tujuannya adalah untuk menyampaikan informasi dengan jelas, lengkap, dan terorganisir sehingga pembaca dapat memahami dan menguasai materi yang diajarkan.

A. Perkembangan dan Trend dalam Keperawatan Keluarga

Evolusi Praktik Keperawatan Keluarga

1. Sejarah dan Perkembangan Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga adalah cabang ilmu keperawatan yang berfokus pada penyediaan perawatan holistik kepada anggota keluarga dalam konteks unit keluarga. Praktik ini telah mengalami perkembangan signifikan seiring waktu.

Sejarah Awal: Pada awalnya, keperawatan lebih terfokus pada perawatan individu di rumah sakit. Namun, seiring berkembangnya pemahaman tentang pentingnya konteks keluarga dalam kesehatan individu, keperawatan keluarga mulai mendapatkan perhatian. Pada abad ke-19, Florence Nightingale, menekankan pentingnya lingkungan yang sehat untuk pemulihan pasien, sebuah konsep yang relevan dengan perawatan keluarga.

Perkembangan abad 20: Keperawatan keluarga di awal abad ke-20 mulai berkembang dengan lebih formal. Penelitian dan teori-teori yang lebih mendalam tentang hubungan antara kesehatan individu dan dinamika keluarga muncul. Misalnya, teori ekologi keluarga dan teori sistem keluarga mulai memengaruhi cara perawat memandang dan berinteraksi dengan keluarga pasien.

Era Modern: Pada akhir abad ke-20 dan awal abad ke-21, keperawatan keluarga semakin mendapatkan tempat dalam praktik keperawatan. Berbagai model keperawatan keluarga, seperti model biopsikososial, menekankan pentingnya integrasi aspek biologis, psikologis, dan sosial

dalam perawatan keluarga. Pendidikan keperawatan juga mulai mengintegrasikan pengetahuan tentang dinamika keluarga, keterampilan komunikasi, dan pendekatan berbasis bukti.

Trend adalah sesuatu yang sedang booming aktual dan sedang hangat diperbincangkan sedangkan isu adalah suatu peristiwa atau kejadian yang dapat diperkirakan terjadi atau tidak terjadi di mata mendatang menyangkut ekonomi moneter sosial politik hukum pembangunan nasional bencana alam hari kiamat kematian ataupun tentang krisis jadi trend dan isu keperawatan keluarga merupakan sesuatu yang booming aktual dan sedang hangat diperbincangkan serta desak-desus dalam ruang lingkup keperawatan keluarga.

Adapun trend dan isu dalam keperawatan keluarga diantaranya global dunia tanpa batas yang mempengaruhi sikap dan pola perilaku keluarga kemajuan dan pertukaran iptek yang semakin global sehingga penyebarannya semakin luas (Friedman, 1998).

2. Perubahan Praktik Keperawatan Keluarga dari Masa ke Masa

Perubahan dari Fokus Individu ke Fokus Keluarga: Awalnya, keperawatan berfokus pada perawatan individu di rumah sakit atau klinik. Namun, dengan meningkatnya kesadaran tentang pentingnya dukungan keluarga dan lingkungan dalam perawatan pasien, praktik keperawatan mulai memperhitungkan kebutuhan dan dinamika keluarga. Perawat sekarang tidak hanya merawat pasien tetapi juga bekerja dengan keluarga untuk mendukung kesehatan dan kesejahteraan mereka secara keseluruhan.

Pendekatan Holistik: Perubahan signifikan dalam praktik keperawatan keluarga adalah pergeseran menuju pendekatan holistik. Pendekatan ini mengakui bahwa kesehatan individu dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk dinamika keluarga, lingkungan sosial, dan faktor psikologis. Oleh karena itu, perawat keluarga saat ini lebih fokus pada intervensi yang mempertimbangkan keseluruhan sistem keluarga dan bagaimana berbagai faktor berinteraksi.

Peningkatan Keterampilan dan Pendidikan: Perubahan lainnya adalah peningkatan keterampilan dan pendidikan perawat keluarga. Program pendidikan keperawatan kini mencakup materi yang lebih mendalam tentang teori keluarga, keterampilan komunikasi, dan manajemen kasus.

Selain itu, perawat keluarga sekarang lebih terlibat dalam perencanaan perawatan yang melibatkan keluarga secara aktif dan memberikan dukungan yang berkelanjutan.

3. Pengaruh Teknologi terhadap Keperawatan Keluarga

Telehealth dan Konsultasi Virtual: Kemajuan teknologi telah membawa perubahan besar dalam praktik keperawatan keluarga. Telehealth dan konsultasi virtual memungkinkan perawat untuk memberikan layanan dan dukungan kepada keluarga tanpa batasan geografis. Teknologi ini memungkinkan pemantauan kesehatan jarak jauh, konsultasi langsung dengan keluarga, dan dukungan yang lebih fleksibel.

Sistem Manajemen Informasi Kesehatan: Penggunaan sistem manajemen informasi kesehatan (HIS) telah mempermudah pencatatan dan akses informasi kesehatan keluarga secara real-time. Dengan HIS, perawat dapat mengakses riwayat medis keluarga, merencanakan perawatan yang lebih baik, dan berkoordinasi lebih efektif dengan tim perawatan kesehatan lainnya.

Aplikasi dan Alat Kesehatan Digital: Aplikasi kesehatan dan alat digital, seperti perangkat wearable yang memantau aktivitas fisik dan kesehatan, memberikan data yang berguna untuk perawatan keluarga. Perawat dapat menggunakan informasi ini untuk memberikan nasihat yang lebih tepat waktu dan berbasis data, serta untuk melibatkan keluarga dalam proses perawatan mereka.

Keluarga memainkan peran penting dalam perbaikan dan kelanjutan pengobatan individu yang menjalani pengobatan metadon. Memahami, mendukung, dan menerima pasien oleh keluarga dan teman-teman adalah faktor yang mempengaruhi proses pengobatan dan rehabilitasi (Jalali et al., 2018).

Sumber Daya Pendidikan dan Dukungan Online: Teknologi juga memfasilitasi akses ke sumber daya pendidikan dan dukungan online. Keluarga dapat mengakses informasi kesehatan, tutorial, dan dukungan komunitas melalui platform digital, membantu mereka dalam mengelola kesehatan mereka dan meningkatkan keterlibatan dalam perawatan.

Tren Terkini dalam Keperawatan Keluarga

1. Integrasi Teknologi Informasi dalam Praktik Keperawatan Keluarga

Telehealth dan Konsultasi Jarak Jauh: *Telehealth* merupakan salah satu inovasi terbesar dalam keperawatan keluarga, memungkinkan perawat untuk melakukan konsultasi dan perawatan jarak jauh. Teknologi ini sangat bermanfaat dalam menyediakan akses ke perawatan bagi keluarga yang tinggal di daerah terpencil atau yang mengalami kesulitan mobilitas. Melalui *telehealth*, perawat dapat melakukan evaluasi, memberikan nasihat, dan memantau kondisi kesehatan pasien secara real-time tanpa harus bertemu secara langsung.

Rekam Medis Elektronik (RME): Rekam medis elektronik telah menjadi alat penting dalam praktik keperawatan keluarga. Sistem RME memungkinkan perawat untuk menyimpan, mengakses, dan berbagi informasi kesehatan pasien dengan cepat dan akurat. Hal ini memfasilitasi koordinasi yang lebih baik antara anggota tim perawatan kesehatan, mengurangi kemungkinan kesalahan medis, dan mempercepat pengambilan keputusan perawatan.

Aplikasi Kesehatan dan Perangkat Wearable: Aplikasi kesehatan dan perangkat wearable seperti monitor detak jantung, pelacak aktivitas, dan aplikasi manajemen obat memberikan data langsung tentang kondisi kesehatan pasien. Teknologi ini memungkinkan perawat untuk memantau parameter kesehatan secara proaktif, mengidentifikasi masalah lebih awal, dan menyesuaikan rencana perawatan berdasarkan data yang akurat.

Sistem Manajemen Kesehatan Keluarga: Sistem manajemen kesehatan keluarga yang terintegrasi menggabungkan berbagai fitur seperti penjadwalan janji temu, manajemen obat, dan pelacakan kesehatan dalam satu platform. Ini mempermudah perawat untuk mengelola informasi kesehatan keluarga secara komprehensif dan memberikan perawatan yang lebih terkoordinasi dan efisien.

2. Model Perawatan Keluarga Berbasis Bukti (Evidence-Based Practice)

Pendekatan Berbasis Data: Model perawatan keluarga berbasis bukti (EBP) menekankan penggunaan data dan penelitian terkini untuk menginformasikan praktik klinis. EBP mengharuskan perawat untuk mengintegrasikan hasil penelitian yang valid dengan pengalaman klinis mereka dan preferensi pasien untuk membuat keputusan perawatan yang

terinformasi. Ini memastikan bahwa perawatan yang diberikan adalah yang paling efektif dan relevan berdasarkan bukti terkini.

Model Keperawatan Keluarga Terintegrasi: Model keperawatan keluarga terintegrasi menggabungkan berbagai pendekatan dan disiplin ilmu untuk merancang rencana perawatan yang komprehensif. Contohnya, model biopsikososial yang mempertimbangkan aspek biologis, psikologis, dan sosial dalam perawatan keluarga. EBP mendukung model ini dengan memberikan data yang mendasari praktik yang paling efektif dalam menangani berbagai kebutuhan keluarga.

Peningkatan Kualitas dan Keamanan Perawatan: EBP berfokus pada peningkatan kualitas dan keamanan perawatan dengan mengimplementasikan praktik-praktik yang terbukti dapat mengurangi kesalahan medis, meningkatkan hasil kesehatan, dan meningkatkan pengalaman pasien. Ini mencakup penggunaan pedoman klinis yang didasarkan pada bukti terbaru dan praktik terbaik dalam perawatan kesehatan keluarga.

Pelatihan dan Pendidikan Berkelanjutan: Pelatihan dan pendidikan berkelanjutan merupakan komponen penting dari EBP. Perawat keluarga harus terus memperbarui pengetahuan mereka tentang penelitian terbaru dan praktik berbasis bukti melalui pelatihan dan pendidikan berkelanjutan. Ini membantu mereka menerapkan EBP secara efektif dalam praktik mereka sehari-hari.

3. Isu-Isu Global dalam Keperawatan Keluarga

Penuaan Penduduk: Penuaan populasi global mempengaruhi keperawatan keluarga dengan meningkatnya kebutuhan akan perawatan jangka panjang dan manajemen penyakit kronis. Perawat keluarga perlu siap menghadapi tantangan ini dengan memberikan perawatan yang sesuai untuk individu yang menua, termasuk pengelolaan penyakit terkait usia dan dukungan untuk kegiatan sehari-hari.

Kebutuhan pasien akan kenyamanan di akhir hidup mereka jarang terpenuhi. Kenyamanan pasien di akhir hidupnya, terutama anak-anak, dipengaruhi oleh pemahaman perawat tentang apa arti kenyamanan(Suryani et al., 2018).

Urbanisasi: Urbanisasi menyebabkan perubahan signifikan dalam gaya hidup dan kesehatan keluarga. Tantangan seperti polusi di lingkungan urban, stres tinggi, dan akses terbatas ke layanan kesehatan mempengaruhi kesehatan keluarga. Perawat keluarga harus menyesuaikan pendekatan mereka untuk mengatasi isu-isu khusus yang dihadapi keluarga di lingkungan kota, termasuk menyediakan informasi tentang pencegahan penyakit dan dukungan kesehatan komunitas.

Ketidaksetaraan Kesehatan: Ketidaksetaraan kesehatan adalah isu global yang mempengaruhi akses dan kualitas perawatan kesehatan. Faktor-faktor seperti status ekonomi, etnisitas, dan lokasi geografis dapat menyebabkan perbedaan dalam kesehatan dan akses ke layanan. Perawat keluarga perlu memperhatikan ketidaksetaraan ini dan berusaha untuk menyediakan perawatan yang adil dan aksesibel bagi semua anggota keluarga.

Dampak Perubahan Iklim: Perubahan iklim mempengaruhi kesehatan global dengan meningkatkan risiko penyakit terkait cuaca ekstrem, polusi, dan penyakit menular. Perawat keluarga perlu memahami dampak perubahan iklim pada kesehatan dan menyiapkan strategi untuk mengatasi tantangan ini, termasuk edukasi tentang pencegahan penyakit terkait iklim dan dukungan untuk keluarga yang terkena dampak.

Kesehatan Mental dan Kesejahteraan Keluarga: Kesehatan mental menjadi fokus penting dalam keperawatan keluarga. Stres, kecemasan, dan masalah kesehatan mental lainnya dapat mempengaruhi kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Perawat keluarga harus mengintegrasikan dukungan kesehatan mental dalam perawatan mereka dan membantu keluarga mengakses sumber daya yang diperlukan untuk meningkatkan kesejahteraan mental.

Keluarga adalah identitas diri kelompok yang terdiri dari dua atau lebih individu yang asosiasinya dicirikan oleh istilah-istilah khusus, yang mungkin atau mungkin tidak terkait dengan garis keturunan atau hukum, tetapi yang berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap diri mereka sebagai sebuah keluarga. (Hopia et al., 2005)

B. Isu Etika dalam Keperawatan Keluarga

Tantangan Etika dalam Praktik Keperawatan Keluarga

1. Privasi dan Keamanan Data Keluarga dalam Penggunaan Teknologi

Privasi Data Kesehatan: Dalam era digital, penggunaan teknologi informasi seperti rekam medis elektronik (RME), aplikasi kesehatan, dan sistem manajemen kesehatan keluarga telah mempermudah akses dan pengelolaan data kesehatan. Namun, hal ini juga menimbulkan tantangan etika terkait privasi. Data kesehatan keluarga sangat sensitif dan harus dilindungi dari akses yang tidak sah. Perawat harus memastikan bahwa informasi pribadi pasien dan keluarga dijaga kerahasiaannya dengan menerapkan langkah-langkah keamanan yang memadai, seperti enkripsi data dan kontrol akses yang ketat. Langkah penting yang perlu dilakukan dalam menghadapi pandemi COVID-19 salah satunya dengan membentuk suatu atmosfir keluarga yang harmonis, untuk mewujudkannya memerlukan manajemen lingkungan keluarga, yaitu dengan melakukan sistem komunikasi yang dapat membentuk suatu pola hubungan yang harmonis. Pola komunikasi dimana masing-masing partisipan dapat beralih peran, diwaktu tertentu komunikator dapat berperan sebagai komunikasi dan begitu sebaliknya, serta masing-masing partisipan memiliki hak suara yang sama, dan tidak boleh digantikan oleh orang lain(Kuswanti et al., 2020)

Keamanan Data: Selain privasi, keamanan data adalah isu etika utama. Perawat keluarga harus menggunakan sistem yang memiliki fitur keamanan yang kuat untuk melindungi data dari pelanggaran atau pencurian. Ini mencakup pemeliharaan perangkat keras dan perangkat lunak yang aman, serta pelatihan bagi staf tentang praktik keamanan data. Selain itu, perawat harus memastikan bahwa data yang dikumpulkan dan disimpan digunakan dengan cara yang sesuai dan tidak disalahgunakan.

Informasi kepada Pasien dan Keluarga: Perawat juga memiliki tanggung jawab etis untuk menginformasikan pasien dan keluarga tentang bagaimana data mereka akan digunakan dan dilindungi. Transparansi dalam pengumpulan dan penggunaan data adalah penting untuk membangun kepercayaan dan memastikan bahwa keluarga memahami hak-hak mereka terkait privasi dan keamanan data.

2. Konflik Nilai dalam Pengambilan Keputusan Keluarga

Perbedaan Nilai dan Keyakinan: Dalam praktik keperawatan keluarga, perawat sering dihadapkan pada situasi di mana nilai-nilai pribadi keluarga

mungkin berbeda dengan prinsip-prinsip medis atau etika profesional. Misalnya, keputusan tentang perawatan akhir hayat, vaksinasi, atau intervensi medis dapat menimbulkan konflik antara preferensi keluarga dan rekomendasi medis. Perawat harus mampu menavigasi konflik ini dengan mempertimbangkan nilai-nilai keluarga sambil tetap mematuhi standar etika dan prinsip-prinsip medis.

Penghormatan terhadap Otonomi Keluarga: Penghormatan terhadap otonomi keluarga adalah prinsip etika yang penting. Perawat harus mendukung keputusan keluarga meskipun mereka mungkin berbeda dari pandangan profesional atau pribadi. Ini berarti mendengarkan dan memahami perspektif keluarga, memberikan informasi yang jelas dan akurat, dan membantu mereka membuat keputusan yang informatif tanpa memaksakan pandangan pribadi perawat.

Mediasi dan Negosiasi: Ketika muncul konflik nilai, perawat dapat berperan sebagai mediator untuk membantu keluarga dan tim medis berkomunikasi secara efektif. Ini melibatkan keterampilan negosiasi untuk menemukan solusi yang menghormati nilai-nilai keluarga sambil tetap mempertimbangkan prinsip etika dan praktik terbaik dalam perawatan kesehatan.

3. Etika dalam Mendukung Keluarga yang Berduka atau Berkonflik

Dukungan Keluarga yang Berduka: Menghadapi keluarga yang sedang berduka memerlukan pendekatan yang penuh empati dan sensitivitas. Perawat keluarga harus menyediakan dukungan emosional dan psikologis sambil menjaga batas profesional. Ini termasuk mendengarkan dengan penuh perhatian, memberikan dukungan praktis, dan merujuk keluarga ke layanan konseling atau dukungan jika diperlukan.

Mengelola Konflik Internal Keluarga: Konflik internal dalam keluarga, seperti perselisihan tentang keputusan perawatan atau dinamika keluarga yang tegang, dapat mempengaruhi proses perawatan. Perawat harus mengidentifikasi dan mengatasi konflik ini dengan hati-hati, menggunakan keterampilan komunikasi yang baik dan teknik mediasi untuk membantu keluarga mencapai resolusi yang konstruktif. Konflik Pekerjaan dan keluarga (work family conflict) akan terjadi bilamana seseorang mengalami kesulitan dalam membagi waktu antara keluarga-pekerjaan ataupun pekerjaan - keluarga Pada kondisi konflik pekerjaan-keluarga penyebabnya adalah pembagian waktu yang sulit sehingga menimbulkan supresi sehingga menganggu kualitas hidup, dan perilakunya yang tepat dalam zona tertentu tetapi dianggap tidak tepat di zona yang lain (Zaman, n.d.). Menggunakan manajemen waktu, membaginya agar tidak terpecah adalah keterampilan yang harus dimiliki, misalnya pada saat ada salah satu anggota keluarga yang sakit ataupun harus menghadiri acara di sekolah padahal rapat penting tidak bisa ditinggalkan disanalah harus memprioritaskan mana yang harus dahulu kita dahulukan, jangan sampai ada yang dikorbankan.(Kuswanti et al., 2020)

Definisi baru tentang keluarga ini tampaknya menjadi sumber di balik konflik keluarga di masyarakat saat ini. Keluarga terdiri dari dua individu yang berbeda dari lingkungan yang berbeda. Oleh karena itu, tidak mungkin untuk berinteraksi dengan manusia lain tanpa konflik pada akhirnya. Pertumbuhan terjadi dalam konteks konflik jika ditangani dengan baik. Perubahan dan konflik berikutnya yang ditimbulkannya adalah normal dan diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan manusia. Tujuan utamanya adalah agar anggota keluarga belajar bagaimana mengelola konflik sehingga tidak meningkat dan mengasingkan orang lain dan mengarah pada hubungan yang terasing.(Hopia et al., 2005)

Konflik didefinisikan sebagai perjuangan atas nilai-nilai dan klaim atas status, kekuasaan, atau sumber daya yang langka. Fisher (2000) memandang konflik sebagai ketidaksepakatan atau argumen yang serius, biasanya yang berlarut-larut. Berdebat dari waktu ke waktu adalah bagian dari kehidupan keluarga, tetapi konflik yang terus menerus dapat merusak hubungan. Mendengarkan, berkompromi, dan mencari bimbingan profesional bila perlu dapat membantu keluarga menyelesaikan masalah. Konflik lebih dari sekadar perselisihan. Ini adalah situasi di mana salah satu atau kedua belah pihak merasakan ancaman (apakah ancaman itu nyata atau tidak). Konflik memicu emosi yang kuat dan dapat menyebabkan perasaan terluka, kekecewaan, dan ketidaknyamanan. Tetapi ketika ditangani dengan cara yang tidak sehat, itu dapat menyebabkan keretakan, kebencian yang tidak dapat diperbaiki (Hopia et al., 2005).

Keseimbangan Antara Empati dan Profesionalisme: Dalam mendukung keluarga yang berduka atau berkonflik, perawat harus menyeimbangkan antara menunjukkan empati dan menjaga profesionalisme. Ini berarti memahami dan menghargai perasaan keluarga tanpa membiarkan emosi pribadi mempengaruhi keputusan atau interaksi. Perawat harus juga memastikan bahwa dukungan yang diberikan tidak melibatkan keterlibatan pribadi yang dapat mengganggu objektivitas profesional.

Dukungan Kesejahteraan Keluarga: Perawat perlu menyediakan informasi dan sumber daya untuk membantu keluarga beradaptasi dengan situasi mereka, termasuk cara-cara untuk mengatasi kesedihan, merencanakan perawatan, dan mencari dukungan tambahan. Memberikan akses ke kelompok dukungan atau layanan komunitas juga merupakan bagian penting dari perawatan etis dalam situasi-situasi sulit ini.

C. Keperawatan Keluarga dalam Konteks Kesehatan Global Pengaruh Faktor Sosial dan Budaya

Pengaruh Faktor Sosial dan Budaya dalam Keperawatan Keluarga

1. Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi terhadap Kesehatan Keluarga

Ketersediaan dan Akses ke Layanan Kesehatan: Faktor sosial ekonomi, seperti pendapatan dan status pekerjaan, secara signifikan mempengaruhi akses keluarga ke layanan kesehatan. Keluarga dengan sumber daya terbatas mungkin mengalami kesulitan dalam mendapatkan perawatan medis yang diperlukan, membayar obat-obatan, atau mengikuti jadwal

perawatan yang direkomendasikan. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam diagnosis dan perawatan, serta memperburuk hasil kesehatan.

Kondisi Tempat Tinggal dan Lingkungan: Status sosial ekonomi juga mempengaruhi kondisi tempat tinggal dan lingkungan keluarga. Keluarga dengan pendapatan rendah mungkin tinggal di lingkungan yang kurang sehat, dengan akses terbatas ke fasilitas kesehatan, sanitasi, dan pendidikan kesehatan. Lingkungan yang tidak sehat, seperti daerah dengan polusi tinggi atau infrastruktur yang buruk, dapat meningkatkan risiko penyakit dan mempengaruhi kualitas hidup keluarga.

Pendidikan dan Pengetahuan Kesehatan: Tingkat pendidikan keluarga berkaitan erat dengan pengetahuan kesehatan dan kesadaran akan praktik kesehatan yang baik. Keluarga dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah mungkin kurang mendapatkan informasi kesehatan yang akurat dan relevan, yang dapat mempengaruhi keputusan mereka tentang perawatan dan pencegahan penyakit.

Stres dan Kesehatan Mental: Faktor sosial ekonomi juga mempengaruhi tingkat stres yang dialami oleh keluarga. Stres terkait dengan masalah ekonomi, pekerjaan, dan ketidakstabilan sosial dapat mempengaruhi kesehatan mental dan fisik. Perawat keluarga harus mempertimbangkan dampak stres sosial ekonomi dan menyediakan dukungan yang sesuai untuk mengelola masalah ini.

2. Peran Kebudayaan dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan Keluarga

Keyakinan dan Praktik Kesehatan Tradisional: Kebudayaan mempengaruhi keyakinan dan praktik kesehatan keluarga, termasuk penggunaan pengobatan tradisional dan alternatif. Perawat harus memahami dan menghormati praktik kesehatan budaya yang mungkin berbeda dari standar medis Barat, serta bekerja untuk mengintegrasikan atau berkoordinasi dengan pengobatan tradisional bila memungkinkan.

Nilai dan Normatif Budaya: Nilai dan norma budaya mempengaruhi bagaimana keluarga membuat keputusan tentang perawatan kesehatan. Misalnya, beberapa budaya mungkin menempatkan nilai tinggi pada keputusan kolektif dan otoritas keluarga dalam pengambilan keputusan medis, sedangkan budaya lain mungkin lebih fokus pada otonomi individu. Perawat perlu menghargai dan memahami nilai-nilai ini untuk bekerja

efektif dengan keluarga dan merancang rencana perawatan yang sesuai dengan konteks budaya mereka.

Komunikasi dan Bahasa: Kebudayaan juga mempengaruhi cara komunikasi dalam keluarga. Perawat harus memperhatikan bahasa yang digunakan, serta gaya komunikasi yang sesuai dengan norma budaya keluarga. Ini mungkin melibatkan penggunaan penerjemah, materi pendidikan dalam bahasa yang dapat dimengerti, atau penyesuaian dalam cara menyampaikan informasi medis.

Pendekatan Berbasis Budaya dalam Perawatan: Perawat keluarga harus mengembangkan keterampilan dalam perawatan berbasis budaya, yang melibatkan penyesuaian perawatan untuk memenuhi kebutuhan budaya spesifik keluarga. Ini termasuk mengenali dan menghormati ritual, kepercayaan, dan kebiasaan yang mungkin mempengaruhi keputusan dan praktik kesehatan.

3. Keperawatan Keluarga dalam Menghadapi Tantangan Kesehatan Global

Pandemi: Pandemi global, seperti COVID-19, menghadirkan tantangan signifikan bagi keperawatan keluarga. Perawat harus siap menghadapi peningkatan kebutuhan perawatan kesehatan, memberikan edukasi tentang pencegahan infeksi, dan mendukung keluarga dalam mengelola dampak kesehatan dan sosial dari pandemi. Ini termasuk menangani masalah seperti isolasi sosial, kekhawatiran kesehatan, dan akses ke vaksin dan pengobatan.

Masyarakat di seluruh dunia mengambil langkah-langkah untuk membatasi penyebaran virus corona sindrom pernapasan akut atau Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) dan mengurangi jumlah kematian yang disebabkan oleh virus. Pihak berwenang harus mempertimbangkan konsekuensi kesehatan langsung dari pandemi dan konsekuensi tidak langsung serta tanggapan terhadap epidemi sambil menilai pilihan mereka. Meskipun tingkat kematian COVID-19 tampak sederhana di antara anak-anak dan wanita usia reproduksi, virus ini telah dikaitkan dengan beberapa penyakit seperti demam berdarah, tuberkulosis, campak (Yunitasari et al., 2022).

Perubahan Iklim: Perubahan iklim mempengaruhi kesehatan global dengan meningkatkan risiko penyakit terkait cuaca ekstrem, polusi, dan perubahan pola penyakit menular. Perawat keluarga harus memahami dampak perubahan iklim pada kesehatan, seperti peningkatan kasus

penyakit pernapasan atau masalah kesehatan terkait suhu ekstrem, dan menyediakan dukungan serta informasi pencegahan kepada keluarga.

Migrasi Massal: Migrasi massal, baik akibat konflik, bencana alam, atau alasan ekonomi, dapat mempengaruhi kesehatan keluarga dengan cara yang kompleks. Perawat keluarga perlu menangani tantangan yang terkait dengan adaptasi budaya, akses ke layanan kesehatan, dan kebutuhan khusus migran. Ini mencakup memahami dan mendukung kesehatan mental migran, serta membantu mereka berintegrasi ke dalam sistem kesehatan yang baru.

Ketidakamanan Pangan dan Air: Keamanan pangan dan air adalah isu global yang mempengaruhi kesehatan keluarga. Dalam situasi ketidakamanan pangan, perawat keluarga harus membantu keluarga mengakses sumber daya yang diperlukan untuk memastikan asupan nutrisi yang memadai dan memastikan keamanan air minum.

D. Pengembangan Keahlian dalam Keperawatan Keluarga

Pendidikan dan Pelatihan Keperawatan Keluarga

1. Kurikulum dan Metode Pengajaran Terkini dalam Pendidikan Keperawatan Keluarga

Kurikulum Keperawatan Keluarga

Pendekatan Terpadu: Kurikulum pendidikan keperawatan keluarga saat ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang perawatan keluarga di berbagai setting. Kurikulum ini mencakup teori dan praktik yang melibatkan pengetahuan tentang kebutuhan kesehatan keluarga, keterampilan komunikasi, serta teknik intervensi berbasis bukti. Fokus utama adalah pada pendekatan holistik yang memperhitungkan aspek biologis, psikologis, dan sosial dari perawatan keluarga.

Integrasi Teknologi: Kurikulum modern mengintegrasikan penggunaan teknologi terbaru dalam pendidikan, seperti simulasi berbasis komputer, aplikasi kesehatan, dan rekam medis elektronik. Ini membantu mahasiswa untuk berlatih dan memahami penggunaan alat digital dalam perawatan keluarga, mempersiapkan mereka untuk praktik di era digital.

Pendekatan Berbasis Kasus: Metode pengajaran berbasis kasus membantu mahasiswa memahami bagaimana teori diterapkan dalam situasi dunia nyata. Studi kasus memungkinkan mahasiswa untuk menganalisis dan memecahkan masalah kesehatan keluarga yang kompleks, serta merancang

rencana perawatan yang sesuai. Pendekatan ini mengembangkan keterampilan berpikir kritis dan keputusan klinis.

Simulasi dan Praktik Klinis: Simulasi merupakan alat penting dalam pendidikan keperawatan keluarga. Dengan menggunakan simulasi, mahasiswa dapat mengalami situasi klinis yang realistik tanpa risiko langsung bagi pasien. Latihan ini mencakup simulasi perawatan keluarga, situasi darurat, dan intervensi berbasis bukti. Praktik klinis di lapangan juga penting untuk memberikan pengalaman langsung dalam konteks rumah sakit, komunitas, dan rumah.

Pelatihan Interdisipliner: Kurikulum keperawatan keluarga seringkali mencakup pelatihan interdisipliner yang melibatkan kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, seperti dokter, pekerja sosial, dan ahli gizi. Pelatihan ini membantu mahasiswa memahami peran mereka dalam tim perawatan kesehatan dan bagaimana berkoordinasi untuk memberikan perawatan yang menyeluruh.

Pelatihan Keterampilan Komunikasi: Komunikasi efektif adalah keterampilan kunci dalam keperawatan keluarga. Kurikulum modern menyertakan pelatihan dalam keterampilan komunikasi yang melibatkan teknik berbicara dengan pasien dan keluarga, mendengarkan aktif, dan mengatasi konflik. Ini juga termasuk pelatihan tentang cara mengomunikasikan informasi medis dengan jelas dan empati.

2. Pelatihan Keterampilan Khusus untuk Keperawatan Keluarga di Berbagai Konteks

Rumah Sakit:

Manajemen Perawatan Kompleks: Di rumah sakit, perawat keluarga sering menghadapi kasus dengan kebutuhan kesehatan yang kompleks. Pelatihan di sini fokus pada keterampilan manajemen perawatan, termasuk pengelolaan penyakit kronis, koordinasi perawatan dengan tim medis, dan perencanaan discharge. Perawat juga dilatih untuk menangani situasi darurat dan memberikan perawatan pasca-operasi.

Memiliki anak di rumah sakit adalah sumber utama stres dan kecemasan bagi seluruh keluarga. Pada orang tua, penyakit dan rawat inap anak selalu membangkitkan emosi yang intens: kekhawatiran dan kecemasan mereka akan sering bercampur dengan perasaan tidak aman, bersalah, ketakutan dan kesedihan. Bagi anak-anak juga, pengalaman rawat inap pasti akan menimbulkan perasaan takut, marah dan tidak aman, yang pada gilirannya

akan sering mempengaruhi kondisi dan perilaku mereka di rumah sakit. Selain itu, rasa sakit yang sering menyertai penyakit dapat mempengaruhi suasana hati anak-anak yang menyebabkan mereka mengalami kemunduran (Hopia et al., 2005)

Pelatihan dalam Teknologi Medis: Pelatihan di rumah sakit seringkali mencakup penggunaan teknologi medis canggih, seperti monitor pasien, ventilator, dan peralatan diagnostik. Mahasiswa belajar cara menggunakan teknologi ini secara efektif untuk memantau kondisi pasien dan memberikan perawatan yang tepat.

Kepekaan Budaya: Di lingkungan rumah sakit yang multikultural, pelatihan juga mencakup pengembangan kepekaan budaya untuk memahami dan menghormati latar belakang budaya pasien serta keluarga. Ini membantu perawat berkomunikasi dengan lebih efektif dan memberikan perawatan yang sesuai dengan nilai dan keyakinan pasien.

Komunitas:

Pengembangan Program Kesehatan Komunitas: di setting komunitas, pelatihan melibatkan pengembangan dan implementasi program kesehatan yang relevan untuk populasi lokal. Ini mencakup pembuatan program pendidikan kesehatan, kampanye pencegahan penyakit, dan penyediaan layanan kesehatan preventif.

Kolaborasi dengan Organisasi Komunitas: Perawat keluarga di komunitas perlu dilatih untuk bekerja sama dengan organisasi lokal seperti pusat kesehatan masyarakat, kelompok dukungan, dan lembaga non-profit. Ini membantu mereka memahami sumber daya yang tersedia dan bagaimana menghubungkan keluarga dengan dukungan yang mereka butuhkan.

Penilaian Kesehatan Masyarakat: Pelatihan di komunitas juga mencakup keterampilan dalam penilaian kesehatan masyarakat, seperti melakukan survei kesehatan, menganalisis data epidemiologis, dan menilai kebutuhan kesehatan komunitas. Ini membantu perawat dalam merancang intervensi yang sesuai dan efektif.

Rumah:

Perawatan di Rumah dan Manajemen Keluarga: Pelatihan untuk perawatan di rumah fokus pada pengelolaan perawatan jangka panjang, termasuk perawatan untuk penyakit kronis, rehabilitasi, dan dukungan untuk aktivitas sehari-hari. Perawat belajar bagaimana merancang rencana perawatan

individual dan memberikan pendidikan kepada keluarga tentang cara merawat anggota keluarga mereka di rumah.

Pendidikan dan Dukungan Keluarga: Di lingkungan rumah, perawat juga dilatih untuk memberikan dukungan emosional dan pendidikan kepada keluarga tentang cara menangani kebutuhan kesehatan anggota keluarga. Ini termasuk pelatihan dalam keterampilan perawatan diri, manajemen obat, dan pengaturan lingkungan rumah untuk mendukung perawatan.

Koordinasi Layanan dan Sumber Daya: Pelatihan di rumah juga mencakup cara berkoordinasi dengan berbagai penyedia layanan dan sumber daya komunitas untuk memastikan keluarga mendapatkan dukungan yang diperlukan. Ini termasuk merujuk keluarga ke layanan tambahan dan memastikan akses ke alat bantu medis dan terapi.

E. Studi Kasus dan Aplikasi Praktis

1. Studi Kasus dalam Keperawatan Keluarga

- a. Kasus-kasus umum dalam praktik keperawatan keluarga
- b. Strategi penyelesaian masalah dan evaluasi kasus
- c. Penerapan pengetahuan teori ke dalam praktik keperawatan keluarga

Studi Kasus dalam Keperawatan Keluarga

2. Kasus-Kasus Umum dalam Praktik Keperawatan Keluarga

Dalam praktik keperawatan keluarga, terdapat berbagai kasus umum yang sering dihadapi perawat keluarga. Kasus-kasus ini dapat mencakup kondisi medis, situasi sosial, dan tantangan emosional yang mempengaruhi dinamika keluarga. Berikut adalah beberapa contoh kasus umum:

a. Manajemen Penyakit Kronis pada Keluarga Multigenerasi

Deskripsi Kasus: Keluarga Anwar terdiri dari beberapa generasi yang tinggal bersama. Kakek Anwar baru didiagnosis dengan penyakit jantung kronis dan memerlukan perawatan jangka panjang. Keluarga harus mengelola jadwal pengobatan, diet, dan terapi yang diperlukan, sambil menjaga keseimbangan dinamika keluarga. Apa isu berdasarkan kasus diatas?

Jawaban: Koordinasi perawatan antara anggota keluarga. Penyesuaian diet dan pengobatan dalam lingkungan keluarga.

b. Dukungan Keluarga untuk Anak dengan Kebutuhan Khusus

Deskripsi Kasus: Keluarga Maya memiliki seorang anak berusia 7 tahun yang baru didiagnosis dengan autisme spektrum disorder . Keluarga perlu menyesuaikan rutinitas harian mereka untuk memenuhi kebutuhan terapi dan pendidikan anak, serta menangani tantangan emosional dan sosial. Apa isu berdasarkan kasus diatas?

Jawaban: Penyesuaian rutinitas harian dan dukungan emosional. Pengelolaan interaksi sosial dan dukungan pendidikan.

c. Perawatan Keluarga dengan Anggota yang Sakit Terminal

Deskripsi Kasus: Keluarga Rini memiliki ibu yang mengalami kanker stadium akhir dan memerlukan perawatan paliatif di rumah. Keluarga menghadapi tantangan dalam mengelola gejala, perawatan sehari-hari, dan dukungan emosional. Apa isu berdasarkan kasus diatas?

Jawaban: Pengelolaan gejala penyakit terminal. Dukungan emosional dan spiritual bagi anggota keluarga.

3. Strategi Penyelesaian Masalah dan Evaluasi Kasus

Untuk menangani kasus-kasus dalam keperawatan keluarga, perawat harus menggunakan strategi yang komprehensif dan berbasis bukti. Jelaskan langkah-langkah untuk penyelesaian masalah dan evaluasi pada kasus.

Jawaban:

a. Penilaian dan Identifikasi Masalah

Penilaian Kebutuhan: Lakukan penilaian menyeluruh terhadap kebutuhan medis, emosional, sosial, dan fungsional keluarga. Identifikasi masalah utama dan prioritas perawatan.

Pengumpulan Data: dengan cara mengumpulkan informasi dari berbagai sumber, termasuk wawancara dengan keluarga, catatan medis, dan observasi langsung.

b. Perencanaan dan Intervensi

Perencanaan: Kembangkan rencana perawatan yang komprehensif dan berbasis bukti, yang mencakup tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Libatkan anggota keluarga dalam perencanaan untuk memastikan bahwa rencana tersebut sesuai dengan kebutuhan mereka.

Intervensi: Terapkan intervensi yang sesuai, seperti pendidikan kesehatan, dukungan emosional, dan koordinasi layanan. Pastikan intervensi disesuaikan dengan konteks budaya dan sosial keluarga.

c. Implementasi dan Pemantauan

Implementasi: melaksanakan rencana perawatan dan pantau kemajuan secara berkala. Kemudian memberikan dukungan yang diperlukan untuk memastikan kepatuhan terhadap rencana perawatan.

Pemantauan: Mengevaluasi hasil dari intervensi yang dilakukan, dan sesuaikan rencana perawatan berdasarkan respons keluarga dan perubahan kondisi.

d. Evaluasi dan Umpam Balik

Evaluasi: Meninjau pencapaian tujuan perawatan dan efektivitas intervensi. Diskusikan hasil dengan anggota keluarga dan melakukan penyesuaian jika diperlukan.

Umpam Balik: Memberikan umpan balik kepada keluarga tentang kemajuan dan perubahan yang diperlukan, dan mengumpulkan umpan balik dari keluarga untuk meningkatkan kualitas perawatan.

4. Penerapan Pengetahuan Teori ke dalam Praktik Keperawatan Keluarga

Penerapan teori dalam praktik keperawatan keluarga membantu perawat untuk mengembangkan pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti. Jelaskan beberapa teori yang dapat diterapkan dalam penyelesaian masalah keperawatan keluarga.

Jawaban:

a. Teori Manajemen Penyakit Kronis

Penerapan: Menggunakan teori manajemen penyakit kronis untuk merancang rencana perawatan yang berfokus pada self-management, pengelolaan gejala, dan dukungan berkelanjutan. Selanjutnya mengintegrasikan strategi untuk mengatasi tantangan sehari-hari yang dihadapi keluarga.

b. Teori Dukungan Sosial

Penerapan: Menerapkan teori dukungan sosial untuk memahami bagaimana dukungan keluarga mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan, dan membuat rencana perawatan yang melibatkan anggota keluarga dalam proses dukungan emosional dan praktis.

c. Teori Pendidikan Kesehatan

Penerapan: Gunakan teori pendidikan kesehatan untuk mengembangkan materi edukasi yang sesuai dengan tingkat pemahaman keluarga. Pastikan bahwa informasi disampaikan dengan cara yang mudah dipahami dan diterima oleh anggota keluarga.

d. Teori Perkembangan Keluarga

Penerapan: Menerapkan teori perkembangan keluarga untuk memahami dinamika dan kebutuhan keluarga pada berbagai tahap kehidupan. Kemudian menyesuaikan intervensi berdasarkan tahap perkembangan keluarga dan peran masing-masing anggota.

e. Teori Pengambilan Keputusan Keluarga

Penerapan: Menggunakan teori pengambilan keputusan keluarga untuk membantu keluarga dalam proses pengambilan keputusan medis, dan memfasilitasi diskusi dan pertimbangan tentang pilihan perawatan dengan mempertimbangkan nilai dan preferensi keluarga.

5. Contoh Kasus dan Penerapan Teori Perawatan Keluarga dengan Penyakit DM

Keluarga Budi menghadapi tantangan dalam mengelola diabetes tipe 2 pada ayah yang baru didiagnosis. Keluarga membutuhkan pendidikan tentang diet, pengelolaan obat, dan perubahan gaya hidup. Jelaskan bagaimana penerapan teori perawatan keluarganya.

Jawaban:

Penerapan Teori:

Teori Manajemen Penyakit Kronis: mengembangkan rencana perawatan yang melibatkan pendidikan tentang diabetes, pemantauan gula darah, dan penyesuaian diet.

Teori Pendidikan Kesehatan: memberikan informasi yang mudah dipahami tentang diabetes dan strategi pengelolaannya. Gunakan materi visual dan contoh praktis.

Teori Dukungan Sosial: melibatkan seluruh keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan perubahan gaya hidup untuk meningkatkan dukungan sosial dan motivasi.

F. Latihan Soal

Studi Kasus dalam Keperawatan Keluarga

Kasus 1: Manajemen Diabetes pada Keluarga Multigenerasi

Kasus: Keluarga Ahmad terdiri dari empat generasi yang tinggal bersama di satu rumah. Nenek Ahmad, 75 tahun, baru saja didiagnosis dengan diabetes tipe 2. Dia juga mengalami masalah mobilitas dan tekanan darah tinggi. Ahmad, cucu tertua, yang berusia 30 tahun, juga memiliki riwayat keluarga diabetes dan sering merasa khawatir tentang kesehatannya. Istri Ahmad, Lina, 28 tahun, memiliki sedikit pengetahuan tentang diabetes dan sering merasa terbebani dengan tanggung jawab merawat nenek serta menjaga kesehatan keluarga.

Analisis Kasus

Kebutuhan Kesehatan:

Nenek Ahmad memerlukan pemantauan gula darah yang teratur, pengelolaan diet, dan penyesuaian obat.

Ahmad perlu pendidikan tentang risiko diabetes dan cara pencegahan.

Lina memerlukan dukungan dan pendidikan tentang manajemen diabetes di rumah.

Faktor Sosial dan Budaya:

Struktur keluarga multigenerasi mungkin mempengaruhi dinamika perawatan. Kebiasaan makan tradisional mungkin perlu diubah untuk manajemen diabetes.

Strategi Penyelesaian Masalah:

Pendidikan Kesehatan:

Untuk Nenek Ahmad: Mengedukasi nenek tentang pentingnya pengelolaan diabetes, termasuk diet yang tepat, pemantauan gula darah, dan tanda-tanda komplikasi.

Untuk Ahmad: Memberikan informasi tentang faktor risiko diabetes, pentingnya gaya hidup sehat, dan cara mencegah diabetes melalui perubahan diet dan olahraga.

Untuk Lina: Mengadakan sesi pelatihan tentang cara memantau gula darah, menyiapkan makanan sehat, dan mengelola stres terkait perawatan.

Pengelolaan Diet:

Menyusun rencana makan yang sesuai dengan kebutuhan diet diabetes untuk nenek Ahmad dan keluarga. Melibatkan ahli gizi jika diperlukan untuk membuat menu yang seimbang.

Pemberdayaan Keluarga:

Membantu Lina dan Ahmad dalam mengidentifikasi sumber daya komunitas, seperti kelompok dukungan diabetes dan program edukasi kesehatan.

Mendorong Ahmad untuk berpartisipasi dalam kegiatan fisik bersama keluarga untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan.

Pemantauan dan Evaluasi:

Mengatur kunjungan rutin untuk memantau gula darah nenek Ahmad dan menilai efektivitas intervensi diet dan obat.

Menyediakan sesi tindak lanjut untuk mengevaluasi pemahaman dan penerapan pendidikan kesehatan oleh Ahmad dan Lina.

Penerapan Pengetahuan Teori ke dalam Praktik

Teori Manajemen Penyakit Kronis:

Menggunakan prinsip-prinsip teori manajemen penyakit kronis untuk merancang rencana perawatan individual yang melibatkan partisipasi aktif keluarga dalam pengelolaan diabetes.

Teori Dukungan Sosial:

Mengintegrasikan teori dukungan sosial untuk memahami pentingnya dukungan keluarga dalam mengelola penyakit kronis dan memfasilitasi dukungan emosional dan praktis untuk Lina dan Ahmad.

Teori Pendidikan Kesehatan:

Menerapkan teori pendidikan kesehatan untuk mengembangkan materi edukasi yang sesuai dengan tingkat pemahaman keluarga dan memastikan bahwa informasi disampaikan dengan cara yang mudah dipahami.

Kasus 2: Perawatan Keluarga dengan Anak Berkebutuhan Khusus

Kasus: Keluarga Budi terdiri dari dua orang tua, Budi dan Sari, serta anak mereka, Rina, yang berusia 8 tahun dan baru saja didiagnosis dengan autisme spektrum. Rina memerlukan terapi perilaku dan intervensi pendidikan khusus. Keluarga Budi merasa kesulitan dalam menyesuaikan rutinitas mereka dan

merasa tertekan karena beban perawatan yang meningkat. Mereka juga khawatir tentang bagaimana berinteraksi dengan Rina dan mendukungnya di rumah.

Analisis Kasus

Kebutuhan Kesehatan:

Rina memerlukan terapi perilaku teratur dan intervensi pendidikan.

Keluarga Budi memerlukan dukungan dalam mengelola stres dan menyesuaikan rutinitas keluarga.

Faktor Sosial dan Budaya:

Keluarga Budi mungkin menghadapi stigma sosial terkait autisme.

Kebiasaan dan struktur keluarga mungkin memerlukan penyesuaian untuk mendukung Rina.

Strategi Penyelesaian Masalah

Intervensi Terapeutik:

Terapi Perilaku: Bekerja sama dengan ahli terapi untuk merancang dan melaksanakan rencana terapi perilaku yang sesuai dengan kebutuhan Rina.

Dukungan Pendidikan:

Berkolaborasi dengan sekolah untuk memastikan bahwa Rina mendapatkan dukungan pendidikan yang diperlukan dan menyesuaikan kurikulum sesuai dengan kemampuannya.

Pendidikan dan Dukungan Keluarga:

Memberikan informasi kepada Budi dan Sari tentang autisme dan strategi perawatan di rumah.

Menyediakan pelatihan tentang teknik interaksi yang efektif dan cara mengatasi perilaku menantang.

Dukungan Emosional:

Mengadakan sesi dukungan untuk Budi dan Sari untuk membantu mereka mengatasi stres dan kelelahan yang terkait dengan perawatan Rina.

Menghubungkan keluarga dengan kelompok dukungan autisme untuk berbagi pengalaman dan mendapatkan dukungan tambahan.

Pengelolaan Stigma Sosial:

Mengedukasi komunitas tentang autisme untuk mengurangi stigma dan meningkatkan pemahaman.

Membantu keluarga Budi mencari dukungan dari organisasi yang mengadvokasi hak dan kesejahteraan individu dengan autisme.

Penerapan Pengetahuan Teori ke dalam Praktik

Teori Perkembangan Anak:

Menerapkan teori perkembangan anak untuk memahami kebutuhan spesifik Rina dan merancang intervensi yang sesuai dengan tahap perkembangannya.

Teori Dukungan Keluarga:

Menggunakan teori dukungan keluarga untuk mengidentifikasi kebutuhan keluarga Budi dan merancang strategi dukungan yang memperkuat fungsi keluarga dan kesejahteraan emosional.

Teori Pendidikan Kesehatan:

Menerapkan prinsip-prinsip teori pendidikan kesehatan untuk memastikan bahwa informasi dan strategi yang diberikan kepada keluarga Budi efektif dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Studi kasus ini membantu dalam memahami penerapan teori ke dalam praktik sehari-hari keperawatan keluarga dan memberikan panduan tentang bagaimana menangani berbagai tantangan yang mungkin muncul dalam konteks perawatan keluarga. Penjelasan ini dirancang untuk memfasilitasi pemahaman mendalam dan memberikan keterampilan praktis kepada perawat keluarga.

Soal Pilihan Ganda

Topik: Trend dan Isu dalam Keperawatan Keluarga

1. Apa yang menjadi fokus utama dari integrasi teknologi informasi dalam praktik keperawatan keluarga?
 - a. Penggunaan teknologi untuk hiburan
 - b. Meningkatkan akses dan kualitas perawatan
 - c. Mengurangi jumlah pasien
 - d. Menyederhanakan administrasi
 - e. Menghilangkan kebutuhan untuk pelatihan

Jawaban: B. Meningkatkan akses dan kualitas perawatan

2. Model perawatan keluarga berbasis bukti (evidence-based practice) berfokus pada?

- a. Praktik yang didasarkan pada tradisi
- b. Pengalaman pribadi perawat
- c. Penggunaan data dan penelitian untuk keputusan klinis
- d. Teknik-teknik kuno yang terbukti berhasil
- e. Kebijakan pemerintah yang ada

Jawaban: C. Penggunaan data dan penelitian untuk keputusan klinis

3. Isu global yang mempengaruhi keperawatan keluarga termasuk?

- a. Pertumbuhan ekonomi lokal
- b. Perubahan iklim, urbanisasi, dan penuaan penduduk
- c. Perkembangan teknologi hiburan
- d. Stabilitas politik regional
- e. Perubahan dalam budaya makanan

Jawaban: B. Perubahan iklim, urbanisasi, dan penuaan penduduk

4. Apa tantangan utama dalam melindungi privasi data keluarga dalam penggunaan teknologi?

- a. Meningkatnya biaya teknologi
- b. Ketidakpastian dalam pengobatan
- c. Potensi pelanggaran data dan kebocoran informasi
- d. Keterbatasan dalam pengetahuan teknologi
- e. Kesulitan dalam memahami data

Jawaban: C. Potensi pelanggaran data dan kebocoran informasi

5. Dalam situasi konflik nilai antara keluarga dan tim medis, perawat keluarga sebaiknya?

- a. Memaksakan pandangan medis mereka
- b. Mengabaikan keinginan keluarga
- c. Menjadi mediator dan menghormati keputusan keluarga
- d. Menghindari terlibat dalam keputusan
- e. Mengganti tim medis dengan yang lebih fleksibel

Jawaban: C. Menjadi mediator dan menghormati keputusan keluarga

6. Menghadapi keluarga yang berduka, perawat keluarga harus?
- Menghindari berbicara tentang kesedihan
 - Memberikan dukungan emosional dan merespon dengan empati
 - Menetapkan batas waktu untuk dukungan
 - Menyuruh keluarga untuk segera beradaptasi
 - Mengabaikan kebutuhan dukungan emosional
- Jawaban: B. Memberikan dukungan emosional dan merespon dengan empati
7. Kebudayaan mempengaruhi pengambilan keputusan kesehatan keluarga dengan?
- Membatasi akses ke perawatan medis
 - Menentukan pilihan pengobatan berdasarkan kepercayaan
 - Mengabaikan aspek medis dari kesehatan
 - Mengurangi pentingnya informasi kesehatan
 - Menyederhanakan prosedur medis
- Jawaban: B. Menentukan pilihan pengobatan berdasarkan kepercayaan
8. Bagaimana teknologi informasi dapat mendukung keperawatan keluarga di komunitas?
- Menggantikan interaksi langsung dengan pasien
 - Menyediakan platform untuk pendidikan dan dukungan
 - Mengurangi kebutuhan perawatan di lapangan
 - Menghilangkan peran perawat dalam komunitas
 - Memperkenalkan biaya tambahan untuk layanan
- Jawaban: B. Menyediakan platform untuk pendidikan dan dukungan
9. Pelatihan keterampilan komunikasi dalam keperawatan keluarga berfokus pada?
- Teknik berbicara yang formal
 - Cara menghindari konflik dengan keluarga
 - Mendengarkan aktif dan berkomunikasi empatik
 - Mengurangi frekuensi interaksi dengan pasien
 - Menggunakan jargon medis
- Jawaban: C. Mendengarkan aktif dan berkomunikasi empatik

10. Apa tantangan utama yang dihadapi perawat keluarga dalam menghadapi migrasi massal?

- a. Menyediakan informasi wisata
- b. Menangani masalah administrasi paspor
- c. Mengelola kebutuhan kesehatan dan integrasi budaya
- d. Mengurangi jumlah pengungsi
- e. Menyederhanakan peraturan imigrasi

Jawaban: C. Mengelola kebutuhan kesehatan dan integrasi budaya

11. Peran teori perkembangan anak dalam keperawatan keluarga adalah untuk?

- a. Mengidentifikasi masalah administratif
- b. Memahami kebutuhan perkembangan spesifik anak
- c. Mengurangi jumlah anak dalam perawatan
- d. Menyederhanakan pengobatan anak
- e. Meningkatkan biaya perawatan anak

Jawaban: B. Memahami kebutuhan perkembangan spesifik anak

12. Apa fokus utama dari kurikulum pendidikan keperawatan keluarga modern?

- a. Menyediakan keterampilan administrasi
- b. Mengintegrasikan teknologi dan teori berbasis bukti
- c. Menghindari penggunaan teknologi
- d. Fokus pada pengobatan tradisional
- e. Mengabaikan keterampilan komunikasi

Jawaban: B. Mengintegrasikan teknologi dan teori berbasis bukti

13. Dalam pengelolaan kasus anak berkebutuhan khusus, perawat keluarga harus?

- a. Mengabaikan kebutuhan keluarga
- b. Menyediakan dukungan emosional dan pendidikan yang sesuai
- c. Mengurangi interaksi dengan anak
- d. Fokus hanya pada terapi medis
- e. Mengabaikan dukungan sekolah

Jawaban: B. Menyediakan dukungan emosional dan pendidikan yang sesuai

14. Apa yang dimaksud dengan pendekatan berbasis bukti dalam model perawatan keluarga?

- a. Menggunakan pendekatan berbasis intuisi
- b. Menerapkan teknik yang tidak terbukti
- c. Menggunakan data dan penelitian untuk membuat keputusan perawatan
- d. Bergantung pada pengalaman pribadi perawat
- e. Mengabaikan literatur ilmiah terbaru

Jawaban: C. Menggunakan data dan penelitian untuk membuat keputusan perawatan

15. Isu perubahan iklim mempengaruhi keperawatan keluarga dengan cara?

- a. Mengurangi jumlah penyakit menular
- b. Meningkatkan risiko penyakit terkait cuaca ekstrem
- c. Menyederhanakan perawatan kesehatan
- d. Menghilangkan kebutuhan akan perawatan preventif
- e. Menurunkan prevalensi penyakit kronis

Jawaban: B. Meningkatkan risiko penyakit terkait cuaca ekstrem

G. Rangkuman Materi

Perawat keluarga dapat memberikan perawatan yang efektif, holistik, dan berbasis bukti. Pengetahuan tentang teori dan keterampilan praktis membantu perawat dalam menangani berbagai kasus dan memenuhi kebutuhan keluarga secara menyeluruh.

H. Glosarium

COVID-19	: Coronavirus Disease-2019
DM	: Diabetes melitis
ASD	: Autisme Spektrum Disorder
EBP	: Evidence-Based Practice
RME	: Rekam Medis Elektronik
HIS	: Health Information System

I. Daftar Pustaka

- Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 212–222. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01041.x>
- Jalali, A., Yekzaman, M., Bazrafshan, M. R., Salari, N., & Rahmati, M. (2018). Investigating the effect of family counseling on the acceptance and support of patients under methadone maintenance treatment. *Shiraz E Medical Journal*, 19(5). <https://doi.org/10.5812/semj.62347>
- Kuswanti, A., Muqsith, M. A., Zainal, A. G., & Oktarina, S. (2020). Manajemen Komunikasi Keluarga Saat Pandemi COVID-19. *SALAM: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar'I*, 7(8), 707–722. <https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i8.15959>
- Suryani, R., Allenidekania, A., & Rachmawati, I. (2018). Phenomenology study on nurses' experiences in understanding the comfort of children at the end-of-life. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(2), 162–166. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_200_17
- Yunitasari, E., Lee, B. O., Krisnana, I., Lugina, R., Solikhah, F. K., & Aditya, R. S. (2022). Determining the Factors That Influence Stunting during Pandemic in Rural Indonesia: A Mixed Method. *Children*, 9(8), 1–16. <https://doi.org/10.3390/children9081189>

BAB 5

MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA

Pendahuluan

Salah satu aspek yang penting dalam keperawatan adalah keluarga. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga. Secara empiris dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan. Keluarga menempati posisi diantara individu dan masyarakat, sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapat 2 (dua) keuntungan sekaligus. Keuntungan pertama adalah memenuhi kebutuhan individu, dan keuntungan yang kedua adalah memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam pemberian pelayanan kesehatan perawat harus memperhatikan nilai-nilai dan budaya keluarga sehingga dapat menerima.

Judul

Manajemen Sumber Daya Keluarga

Pengantar Penulis

Ratna Kusuma Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Dosen di Program Studi D-3 Keperawatan, Politeknik Insan Husada Surakarta

Aktif mengajar mata kuliah: Keperawatan Keluarga dan Promosi Kesehatan.

Tujuan

Bab ini menjelaskan tentang Manajemen Sumber Daya Keluarga, sehingga pembaca dapat memahami peranan manajemen dalam kehidupan keluarga dalam upaya mencapai kesejahteraan keluarga dan masyarakat.

Sasaran Pembaca

Siswa sekolah menengah kejuruan kesehatan, mahasiswa di bidang kesehatan dan tenaga profesional kesehatan.

Isi Buku

Menjelaskan tentang Manajemen Sumber Daya Keluarga yang di dalamnya memuat tentang:

1. Definisi Manajemen Sumber Daya Keluarga
2. Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga dan Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga

Metode Pembelajaran

Dosen menyampaikan materi sesuai dengan tujuan pembelajaran secara tesk tulisan, latihan dan sumber daya tambahan. Pada kegiatan penutup dosen menyimpulkan dan merefleksikan tentang manajemen sumber daya keluarga

Pendekatan Pembelajaran

Strategi belajar-mengajar aktif. Dengan tujuannya agar peserta didik dapat memahami pokok-pokok materi pelajaran dan bisa mengaplikasikannya untuk memecahkan persoalan yang ada di kehidupan nyata.

Pedoman Penggunaan

Bab ini harus dibaca secara teliti dan latihan-latihan soalnya semua diambilkan dari materi yang ada.

Daftar Isi

1. Definisi Manajemen Sumber Daya Keluarga
2. Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga dan Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga

Tujuan Intruksional:

1. Mampu memahami peranan manajemen dalam kehidupan keluarga dalam upaya mencapai kesejahteraan keluarga dan masyarakat.
2. Mampu mendeskripsikan dan memahami definisi manajemen sumber daya keluarga.
3. Mampu mendeskripsikan dan memahami sistem manajemen sumber daya keluarga dan proses manajemen sumber daya keluarga.

Capaian Pembelajaran:

1. Menguasai konsep teoritis ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan secara profesional dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (CPL.02).
2. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dan menguasai keterampilan dasar keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien melalui kerja tim (CPL.03).
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mengutamakan keselamatan klien dan mutu pelayanan berdasarkan perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memperhatikan prinsip caring sesuai kode etik profesi (CPL.05).

Uraian Materi

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, 2020). Manajemen mengedepankan interaksi secara bersama-sama dengan pembagian tugas yang jelas (Fitriana, 2017). Manajemen dalam konteks keluarga dapat diartikan sebagai serangkaian perencanaan, pelaksanaan sampai dengan monitoring dalam keluarga yang tergambar dalam interaksi anggota keluarga, interaksi dengan keluarga besar maupun dengan lingkungan sosialnya.

Manajemen dalam keluarga mengoptimalkan kemampuan kerjasama antar anggota keluarga dalam mengelola sumber daya 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 merupakan perwujudan dari pengoptimalan pelaksanaan peran setiap anggota keluarga.

Manajemen dalam keluarga memiliki ciri-ciri penting (Siregar, 2020):

- a. Keluarga mengetahui potensi dari segala sesuatu yang dimiliki sehingga seluruhnya dapat dikelola untuk mewujudkan kesejahteraan keluarga karena kualitas dan kuantitas menejerial setiap keluarga memiliki perbedaan.
- b. Keserdasan dan keterampilan keluarga menentukan kualitas manajemen.
- c. Manajemen keluarga melibatkan pelaksanaan peran, pengoptimalan fungsi keluarga, kemampuan stress dan coping, lingkungan rumah serta lingkungan sosial.
- d. Manajemen memiliki tanggung jawab untuk mentrasfer pengalaman-pengalaman yang telah dilakukan kepada anggota keluarga yang lebih muda supaya dapat menjalankan hal yang sama.
- e. Manajemen di rumah adalah proses pengambilan keputuan yang diambil berdasarkan Kerjasama dengan anggota keluarga.

- f. 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. Terdapat 3 (tiga) asumsi dasar mempelajari SDK, yaitu:

- a. SDK tidak hanya terdapat di dalam keluarga sendiri tetapi juga terdapat di berbagai lingkungan sekitar keluarga.
- b. Kondisi dari sumber daya merupakan elemen dari sistem yang dapat mendorong atau menghambat pencapaian tujuan keluarga.
- c. Perubahan salah satu sumber daya akan berpengaruh pada sumber daya lainnya dalam sistem keluarga.

Jenis sumber daya keluarga terdiri dari (Siregar, 2020):

- a. Sumber daya manusia

- 1) 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.

- 2) Pengetahuan

Seluruh keluarga perlu mengetahui tentang tujuan yang akan dicapai, cara untuk memperoleh tujuan tersebut serta sumber daya yang dimiliki.

- 3) Waktu

Memanfaatkan waktu sebaik mungkin untuk mengoptimalkan kebersamaan bersama keluarga menjadi aspek penting dalam membentuk ikatan emosional sehingga mampu mengelola sumber daya.

4) Energi

Energi dapat dijabarkan sebagai bentuk kesehatan fisik dan mental yang merupakan pondasi awal kemampuan keluarga dalam mengelola sumber daya keluarga yang dimilikinya.

5) Kemampuan dan keterampilan

Keluarga dengan kemampuan dan keterampilan yang baik akan mampu mengelola sumber daya keluarga yang mereka miliki dengan baik.

6) Sikap

Sikap optimistik merupakan pemikiran yang positif dan mampu memotivasi setiap anggota keluarga untuk melakukan aktivitas mencapai tujuan bersama.

b. Sumber daya non manusia

1) Uang

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

2) Barang material

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

3) 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.

Sumber daya keluarga dibedakan berdasarkan nilai ekonomi dan berdasarkan asal/letak (Juniarti, 2015).

a. Berdasarkan nilai ekonomi

1) 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.

2) 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.

b. Berdasarkan asal/letak

1) 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.

2) 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.

Sumber daya keluarga terdiri dari (Sukiman, 2016):

a. 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.

b. Sumber daya waktu

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

c. 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 meliputi (Juniarti, 2015):

a. 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. Kehidupan keluarga yang sangat kompleks memerlukan gaya manajemen yang berbeda dari pada keluarga yang memiliki masalah tidak terlalu kompleks.

b. 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. Keluarga yang stabil cenderung dapat melakukan manajemen sumber daya keluarga dengan lebih baik karena semua anggota keluarga dapat difokuskan untuk melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan.

c. Peran dan Perubahan Keluarga.

Manajemen sumber daya keluarga juga dipengaruhi oleh peran masing-masing anggota keluarga di masyarakat dan juga oleh perubahan dalam keluarga, misalnya adanya keluarga yang meninggal atau baru lahir. 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.

d. Teknologi

Keluarga yang mampu mengikuti perkembangan teknologi memiliki kemampuan yang lebih dalam melakukan manajemen sumber daya keluarga. Dengan teknologi yang sudah semakin canggih, keluarga dapat melakukan manajemen sumber dayanya dengan lebih terarah.

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

1. Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga

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

a. Sistem personal

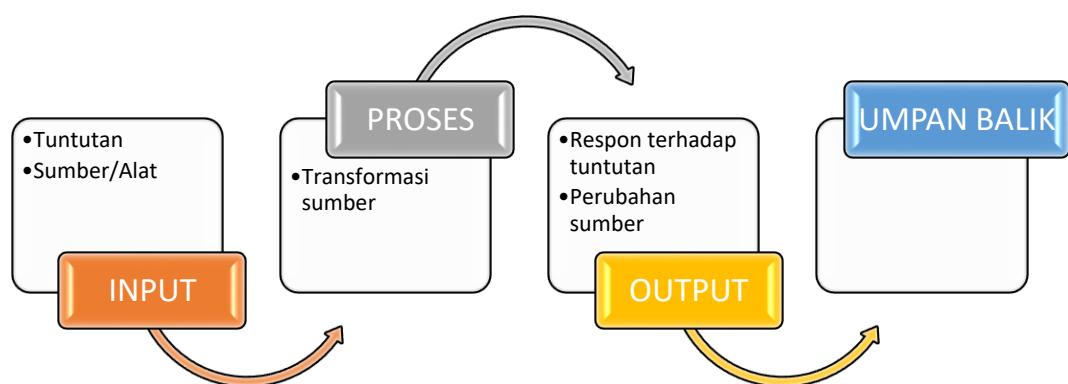
Peran keluarga dalam mengembangkan kemampuan dan kapasitas dari setiap anggota keluarga. Peran ini berhubungan dengan cara keluarga dalam menerima masukan dari lingkungan sosial dengan mengkritisi nilai-nilai serta norma yang dianut oleh keluarga.

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 (empat) komponen yaitu: input (masukan), proses, output (keluaran) dan umpan balik.



Gambar 5.1 Sumber: (Juniarti, 2015)

a. Input

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

1) 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. B 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.

2) Sumber daya

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

Contoh:

Pada kondisi keluarga Tn. B 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. B.

- a) Kondisi sehat fisik dan sehat mental.
 - b) Keterampilan yang dapat digunakan untuk mendapatkan penghasilan waktu luang untuk mengoptimalkan sumber daya.
 - c) 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. B.
- a) Kepemilikan uang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, pengobatan anggota keluarga yang mengalami masalah.
 - b) Benda-benda bernilai investasi yang bisa digunakan untuk mengantisipasi kondisi yang tidak diinginkan.
 - c) 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 adalah transformasi benda, energi dan atau informasi oleh suatu sistem dari masukan sampai keluaran. 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. Output meliputi benda, energi dan atau informasi yang dihasilkan oleh suatu sistem dalam respon terhadap input dari proses transformasi. Output dari sistem manajerial adalah respon terhadap tuntutan dan perubahan sumber-sumber.

Pada kondisi keluarga Tn. B, dapat digambarkan bentuk output positif yang mungkin terjadi adalah tercapainya tujuan dari keluarga yaitu keluarga Tn. B mampu survive dan mengatasi segala permasalahan yang terjadi dengan kondisi kepala keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

d. Umpaman balik

Umpaman balik adalah bagian dari output yang memasuki suatu sistem sebagai input untuk mempengaruhi output yang telah ada. Umpaman 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. B, 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.

C. Latihan Soal

1. Manajemen dalam keluarga merupakan perwujudan dari pengoptimalan pelaksanaan peran setiap anggota keluarga. Dibawah ini merupakan ciri-ciri penting manajemen dalam keluarga, kecuali?
 - a. Keserdasan dan keterampilan keluarga menentukan kualitas manajemen.
 - b. Manajemen di rumah adalah proses pengambilan keputuan yang diambil berdasarkan Kerjasama dengan anggota keluarga.
 - c. Manajemen keluarga melibatkan pelaksanaan peran, pengoptimalan fungsi keluarga, kemampuan stress dan coping, lingkungan rumah serta lingkungan sosial.
 - d. Manajemen tidak memiliki tanggung jawab untuk mentrasfer pengalaman-pengalaman yang telah dilakukan kepada anggota keluarga yang lebih muda supaya dapat menjalankan hal yang sama.
 - e. Keluarga mengetahui potensi dari segala sesuatu yang dimiliki sehingga seluruhnya dapat dikelola untuk mewujudkan kesejahteraan keluarga karena kualitas dan kuantitas menejerial setiap keluarga memiliki perbedaan.
2. Alat atau bahan dan segala sesuatu yang dimiliki oleh keluarga untuk mencapai tujuan bersama, merupakan pengertian dari?
 - a. Keluarga
 - b. Komunitas
 - c. Anggota keluarga
 - d. Sumber daya keluarga
 - e. Manajemen sumber daya keluarga
3. Penggunaan sumber daya keluarga dalam usaha mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan bersama, merupakan pengertian dari?
 - a. Keluarga
 - b. Komunitas
 - c. Anggota keluarga
 - d. Sumber daya keluarga
 - e. Manajemen sumber daya keluarga

4. Proses manajemen sumber daya keluarga memiliki 4 (empat) komponen, dibawah ini kecuali?
 - a. Input
 - b. Proses
 - c. Output
 - d. Umpan balik
 - e. Sumber Daya Manusia
5. Output yang masuk kembali ke dalam sistem manajemen sumber daya keluarga sebagai input dan selanjutnya akan dianalisa serta dievaluasi oleh keluarga untuk meningkatkan input, merupakan pengertian dari?
 - a. Input
 - b. Proses
 - c. Output
 - d. Umpan balik
 - e. Sumber Daya Manusia

Kunci Jawaban

1. D
2. D
3. E
4. E
5. D

D. Rangkuman Materi

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 meliputi: kompleksitas kehidupan keluarga, stabilitas keluarga, peran dan perubahan keluarga dan teknologi.

Sistem manajemen sumber daya keluarga bergantung pada sistem keluarga yang dijalankan. Sistem keluarga terdiri dari sistem personal dan sistem manajerial. Proses keluarga dalam mengelola sumber daya keluarga terdiri dari input, proses, output dan umpan balik.

E. Glosarium

SDK : Sumber Daya Keluarga

F. Daftar Pustaka

Alleder, J.A., and Spradley, B.W. (2001), Community Health Nursing: Concept and Practice, fifth ed., Philadelphia, Lippincott.

Anderson, E.T., and Farlane, J.M., (1996), Community as Partner: theory and practice in Nursing, Philadelphia: Lippincott.

Clark, M.J. (1992), Nursing in The Community, Connecticut: Appleton & Lange.

Fitriana, F. N. (2017). Pengelolaan Sumber Daya Keluarga. NAD: Syiah Kuala University Press.

Freeman, R. and Heinrich, J. (1981), Community Nursing Practice, Philadelphia, WB Saunders.

Friedman, M.M., (1995). Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik. Alih Bahasa: Ina Debora dan Yoakim Asy. Jakarta: EGC.

Juniarti, N. &. (2015). Manajemen Sumber Daya Keluarga. Jakarta: Publisher.

Siregar, D. M. (2020). Keperawatan Keluarga. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.

Stanhope, M. and Lancaster, J., (1996), Community Health Nursing, St. Louis, Mosby.

Sukiman. (2016). Mengelola Sumber Daya Keluarga. Jurnal Seri Pendidikan Orang Tua.

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Masalah kesehatan yang ada dikeluarga dipengaruhi oleh kemampuan keluarga tersebut dalam melakukan peran dan tugas kesehatan. Masalah kesehatan keluarga yang tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan penurunan status kesehatan keluarga. Keperawatan keluarga menjadi salah satu alternatif solusi untuk meningkatkan status kesehatan individu dan keluarga (Nuriyanto & Rahayuwati, 2019).

Keperawatan keluarga merupakan pemberian asuhan keperawatan untuk meningkatkan status kesehatan keluarga dengan menggunakan pendekatan yang holistik. Asuhan keperawatan keluarga diberikan dengan pendekatan proses keperawatan. Keperawatan keluarga bertujuan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam meningkatkan status kesehatannya (Lukman et al., 2024).

Asuhan keperawatan dapat didefinisikan sebagai sekumpulan tindakan yang diberikan berdasarkan kaidah keperawatan sebagai suatu profesi untuk mengatasi masalah yang dialami oleh klien. Asuhan keperawatan dapat diberikan pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Sedangkan asuhan keperawatan keluarga merupakan sekumpulan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat kepada individu dalam sebuah keluarga dengan menekankan pentingnya partisipasi keluarga secara aktif (Salamung et al., 2021).

Asuhan keperawatan keluarga sama halnya dengan asuhan keperawatan individu maupun komunitas diberikan dengan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan ini diawali dengan pengkajian, penentuan diagnosis, perancangan intervensi, implementasi hingga melakukan evaluasi (Salamung et al., 2021). Asuhan keperawatan keluarga dapat diberikan kepada keluarga yang sakit maupun yang sehat:

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

1. Memahami konsep dasar asuhan keperawatan keluarga

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami dan menjelaskan pengkajian pada asuhan keperawatan keluarga
2. Mampu memahami dan menentukan diagnosis pada asuhan keperawatan keluarga
3. Mampu memahami dan membuat rencana intervensi pada asuhan keperawatan keluarga
4. Mampu memahami dan menjelaskan implementasi pada asuhan keperawatan keluarga
5. Mampu memahami dan menjelaskan evaluasi pada asuhan keperawatan keluarga

Uraian Materi

Pada Bab ini menjelaskan mengenai teori yang berkaitan dengan konsep dasar asuhan keperawatan keluarga

A. Pengkajian

Pengkajian kesehatan keluarga yang merupakan tahap pertama dalam asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan oleh perawat dengan melakukan wawancara baik dengan anggota keluarga, tetangga maupun komunitas di sekitar keluarga dan observasi lingkungan sekitar dimana keluarga tinggal. Pengkajian keluarga terdiri dari pengkajian karakteristik keluarga yang meliputi struktur, proses dan lingkungan keluarga. Lingkungan keluarga terdiri dari tempat tinggal, tetangga dan komunitas. Pengkajian keluarga dapat dilakukan dalam beberapa kali pertemuan sehingga informasi yang diperoleh oleh perawat tentang keluarga lebih lengkap (Sahar et al., 2019). Berikut merupakan jenis-jenis data yang dapat dikumpulkan oleh perawat selama melakukan pengkajian (Salamung et al., 2021);

1. Jenis data berdasarkan kesenjangan dengan kondisi normal
 - a. Data dasar
Merupakan informasi umum yang menunjukkan identitas klien misalnya nama, umur, jenis kelamin, dan data hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat kepada klien.
 - b. Data fokus
Merupakan informasi kondisi klien yang berbeda dari kondisi normal. Data fokus dapat berupa keluhan maupun hasil pemeriksaan yang abnormal.
2. Jenis data ditinjau dari cara mendapatkannya
 - a. Data subjektif
Merupakan data yang berasal dari ucapan atau ungkapan klien berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.
 - b. Dara objektif
Merupakan dta yang didapatkan melalui hasil observasi atau pemeriksaan yang dilakukan pada klien secara langsung.

3. Jenis data ditinjau dari sumber data tersebut diperoleh yaitu

a. Data primer

Merupakan data yang bersumber dari klien secara langsung. Jika klien tidak dapat memberikan informasi data primer dapat berasal dari keluarga.

b. Data sekunder

Merupakan data yang bersumber selain dari klien. Misalnya dari keluarga, teman, saudara ataupun informasi dari tenaga kesehatan lain yang mengetahui kondisi klien. Selain itu, hasil pemeriksaan juga merupakan sumber data sekunder.

Pengkajian dapat dilakukan perawat dengan cara-cara sebagai berikut

1. Anamnesis

Anamnesis dilakukan dengan tanya jawab bersama klien ataupun keluarganya. teknik anamesis dapat berupa:

- a. Auto anamnesis, yaitu perawat bertanya secara langsung pada klien tentang kondisi kesehatannya
- b. Allo anamnesis, yaitu perawat bertanya kepada keluarga, teman atau saudara klien yang mengetahui kondisi kesehatan klien.

Pengkajian menggunakan wawancara termasuk anamnesis memerlukan kemampuan komunikasi yang baik. Teknik komunikasi dan teknik membina hubungan yang terapeutik diperlukan oleh perawat agar dapat melakukan anamnesis dengan baik. Selain itu, perawat juga perlu memperhatikan adanya hambatan-hambatan yang mungkin akan ditemui selama melakukan anamnesis.

2. Pemeriksaan fisik

Jenis pemeriksaan berikutnya yang dapat dilakukan perawat selama pengkajian yaitu pemeriksaan fisik. Perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik dengan teknik-teknik sebagai berikut

a. Inspeksi

Inspeksi dilakukan dengan melihat kondisi klinis atau tanda fisik yang ditemukan pada klien dan keluarganya.

b. Palpasi

Palpasi dilakukan dengan menggunakan teknik meraba area yang akan dilakukan pemeriksaan

c. Perkusi

Perkusi merupakan jenis pemeriksaan yang dilakukan dengan mengetuk area yang diperiksa.

d. Auskultasi

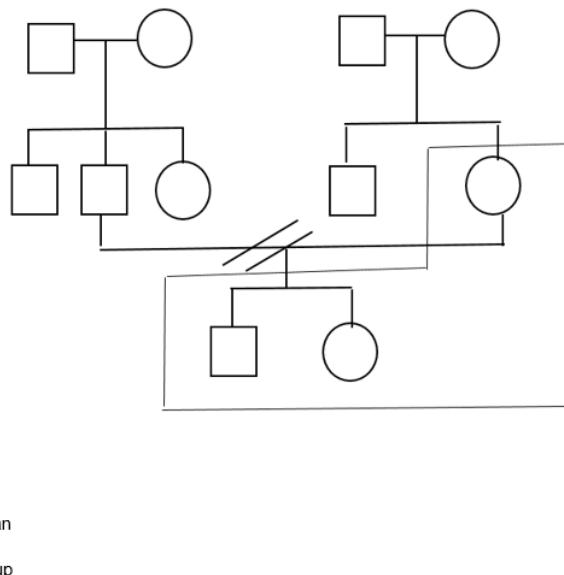
Auskultasi merupakan pemeriksaan yang dilakukan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi pada area yang akan dilakukan pemeriksaan.

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan ketika ada indikasi bahwa klien atau keluarga perlu melakukan pemeriksaan penunjang.

Perawat juga dapat menggunakan beberapa instrumen yang dapat membantu melakukan pengkajian keluarga seperti genogram, pohon silsilah kesehatan keluarga, dan ecomap. Genogram merupakan alat untuk membantu memahami garis besar keluarga dalam bentuk bagan. Genogram umumnya menggambarkan tiga generasi keluarga menggunakan simbol-simbol tertentu (Sahar et al., 2019). Contoh genogram

Genogram (dibuat 3 generasi)

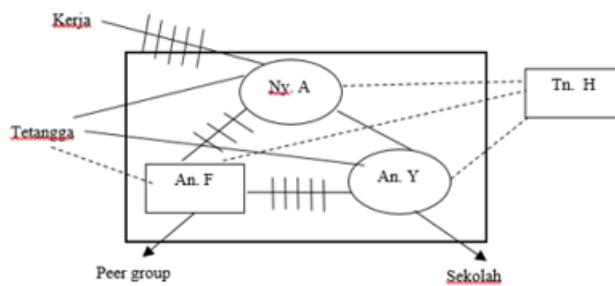


Gambar 6.1 Genogram Pohon Silsilah

Pohon silsilah kesehatan keluarga adalah alat pengkajian yang dapat digunakan untuk membantu perawat komunitas untuk mengetahui riwayat kesehatan keluarga. Beberapa informasi yang harus diperhatikan oleh perawat komunitas yaitu: penyebab kematian anggota keluarga yang telah meninggal,

penyakit keturunan, penyebab yang disebabkan lingkungan dan pekerjaan, masalah psikososial, penyakit infeksi, faktor risiko keluarga dari masalah kesehatan, faktor risiko yang berhubungan dengan metode yang digunakan oleh keluarga dalam mencegah penyakit, serta faktor risiko yang berhubungan dengan gaya hidup (Sahar et al., 2019).

Ecomap digunakan untuk menggambarkan hubungan keluarga dengan suprasistem. Ecomap menggambarkan tentang situasi pengasuhan atau hubungan konflik antara keluarga dengan lingkungan di sekitarnya. Ecomap juga dapat menunjukkan alur sumber daya, atau kekurangan dan kerugian, menyoroti sifat yang saling mempengaruhi dan berfokus pada mediasi konflik, menjembatani perkembangan keluarga dan pemanfaatan sumber daya (Sahar et al., 2019). Contoh ecomap



Gambar 6.2 Ecomap

Keterangan

----- Hubungan Kuat

----- Hubungan lemah

||||| Hubungan yang mengalami gangguan

←○ Energi keluar dari sistem keluarga

→○ Energi masuk ke sistem keluarga

↔○ Energi keluar masuk dari dan ke sistem keluarga

Beberapa hal yang perlu dikaji dalam asuhan keperawatan keluarga yaitu (Salamung et al., 2021):

1. Data umum

Data umum keluarga termasuk identitas kepala keluarga seperti nama, umur, alamat dan no telepon, komposisi keluarga (identitas masing-masing

anggota keluarga), genogram, tipe keluarga, suku, agama, status sosial ekonomi keluarga, dan aktivitas rekreasi keluarga.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga terdiri dari tahap perkembangan keluarga saat ini, tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat keluarga inti dan riwayat keluarga sebelumnya.

3. Lingkungan

Lingkungan terdiri dari karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas RW, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, serta sistem pendukung.

4. Struktur keluarga

Struktur keluarga meliputi pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur peran, serta nilai dan norma budaya.

5. Fungsi keluarga

Bagian ini mengakaji fungsi keluarga yang meliputi fungsi afektif, fungsi ekonomi, fungsi sosial, fungsi reproduksi dan fungsi perawatan kesehatan. Selain itu bagian ini juga mengkaji tugas kesehatan keluarga yang meliputi mengenal masalah, mengambil keputusan, melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

6. Stres dan coping keluarga

Bagian ini mengkaji stressor jangka pendek, stressor jangka panjang, kemampuan keluarga berespon terhadap masalah, strategi coping yang digunakan keluarga serta strategi adaptasi disfungsional yang dimiliki keluarga.

7. Harapan keluarga

Bagian ini mengkaji harapan keluarga terkait masa depan.

8. Pemeriksaan fisik

Perawat melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki secara menyeluruh pada semua anggota keluarga

Selama pengkajian, perawat juga harus memperhatikan keterbatasan sosial dan struktural. Keterbatasan-keterbatasan tersebut dapat menghambat keluarga dalam mendapatkan perawatan kesehatan sehingga keluarga tidak dapat mencapai status kesehatan yang optimal. Umumnya batasan-batasan ini berkaitan dengan faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi kondisi keluarga secara luas. Keterbatasan-keterbatasan ini juga dapat tergambar pada ecomap

yang telah disusun oleh perawat. Sehingga dapat diketahui hubungan antara keterbatasan-keterbatasan tersebut dengan sumber daya yang ada. Perawat dalam melakukan pengkajian data-data keluarga, juga melalukan pengkajian tingkat kemandirian keluarga (Salamung et al., 2021).

Perbandingan pendekatan pengkajian individu, keluarga dan komunitas dapat dilihat pada tabel berikut (Kaakinen et al., 2018):

Tabel 6.1 Perbandingan pendekatan pengkajian individu, keluarga dan komunitas

Pengkajian individu	Pengkajian keluarga	Pengkajian komunitas
<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi individu yang membutuhkan perawatan • Mengevaluasi kapasitas fungsional individu melalui penggunaan ukuran penilaian spesifik, termasuk alat pemeriksaan kesehatan fisik, sosial, dan mental. • Mengembangkan diagnosis keperawatan untuk individu yang menggambarkan masalah atau masalah kesehatan potensial, faktor penyebab, dan faktor yang berkontribusi. • Mengembangkan rencana perawatan untuk individu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi kekuatan dan area yang perlu diperhatikan dalam keluarga. Pengkajian keluarga harus dilakukan secara menyeluruh terhadap kebutuhan kesehatan fisik, sosial, dan mental keluarga. • Mengevaluasi lingkungan tempat tinggal keluarga, melihat secara khusus dukungan, hubungan, dan faktor lain yang mungkin memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan keluarga. • Menilai lingkungan sekitar di mana keluarga tinggal (tetangga atau komunitas khusus mereka) terkait dengan keamanan, akses, dan masalah lainnya. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis data dan kebutuhan populasi atau area geografis tertentu. • Mengidentifikasi dan bekerjasama dengan pemimpin komunitas, baik secara formal maupun informal. • Mengidentifikasi populasi target yang berisiko mengalami masalah kesehatan. Populasi ini termasuk keluarga yang tinggal di daerah berpenghasilan rendah dengan kepadatan tinggi, anak usia prasekolah, anak usia sekolah, remaja, dan lansia • Berpartisipasi dalam pengumpulan data pada populasi target. • Melakukan survei atau pendekatan pada populasi target untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang kebutuhan populasi yang akan diberikan asuhan keperawatan.

B. Analisis Data

Tahap selanjutnya setelah melakukan pengkajian, perawat kemudian melakukan analisis data. Analisis data dilakukan untuk menggambarkan kondisi keluarga menjadi pola yang dapat diketahui maknanya. Data yang telah dianalisis dapat memberikan gambaran tentang isu dan permasalahan yang terjadi pada keluarga. Perawat dan keluarga harus menemukan masalah keperawatan utama pada keluarga tersebut sehingga dapat segera dilakukan intervensi. Penentuan masalah keperawatan dan Intervensi yang tepat dapat memberikan dampak yang positif pada kesehatan keluarga (Sahar et al., 2019). Perawat dapat melakukan analisis data dengan berdiskusi bersama keluarga atau dengan perawat yang lain. Perawat dapat menggunakan jaring atau pohon masalah keluarga untuk membantu memberikan gambaran masalah keluarga berdasarkan kategori data yang ditemukan. Pendekatan yang sistematis ini dapat mempermudah perawat untuk menganalisis informasi yang didapatkan dan membentuk suatu struktur data. Komponen-komponen pohon masalah yang dapat membantu perawat pengkajian keluarga meliputi rutinitas keluarga, komunikasi keluarga, dukungan keluarga dan sumber daya, peran keluarga, keyakinan keluarga, tahap perkembangan keluarga, pengetahuan kesehatan keluarga, lingkungan sekitar keluarga, manajemen stres keluarga, budaya keluarga, dan spiritualitas keluarga (Sahar et al., 2019). Komponen-komponen diatas dapat disusun secara sistematis sehingga membentuk suatu pohon masalah. Pohon masalah ini dapat membantu perawat memahami penyebab dan perjalanan suatu masalah keperawatan. Hasil rangkaian dari komponen-komponen tersebut dapat menjadi suatu masalah kesehatan keluarga (Sahar et al., 2019).

Analisis data memerlukan kemampuan berpikir kritis dari perawat untuk melakukan penalaran situasi yang kemudian dinilai dan diolah sesuai dengan pertimbangan keilmuan keperawatan. Selain itu, analisis data juga memerlukan kemampuan perawat dalam memaknai arti dan mengaitkan data dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan yang kemudian disimpulkan dan digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan keluarga. Perawat membutuhkan pengalaman dan kesensitifian dalam memaknai arti data sehingga dapat menarik kesimpulan permasalahan dan solusi yang tepat (Sahar et al., 2019).

Data-data yang telah dikategorikan akan divalidasi secara akurat bersama keluarga sebelum perawat memutuskan diagnosis keperawatan. Validasi dapat

dilakukan dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan yang reflektif pada keluarga. Perawat dapat menggunakan tabel atau bagan untuk mempermudah perawat dalam mengkategorikan data. Penggunaan tabel ini dapat membantu perawat menemukan hal-hal esensial dari suatu masalah kesehatan. Selain itu, tabel juga dapat mempermudah perawat untuk mengingat dan memahami pola permasalahan yang sering muncul pada saat melakukan analisis data keluarga (Sahar et al., 2019).

C. Diagnosis

Diagnosis keperawatan dapat didefinisikan sebagai penilaian tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap kondisi kesehatan atau proses dalam kehidupan atau hal rentan dalam proses kehidupan. Diagnosis keperawatan didasarkan pada keputusan klinis perawat mengenai respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan sepanjang daur kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan tahap kedua dalam proses keperawatan setelah pengkajian. Diagnosis keperawatan dapat digunakan untuk menilai masalah kesehatan yang aktual, risiko maupun potensial (Salamung et al., 2021).

Dalam konteks keperawatan keluarga, diagnosis keperawatan menggambarkan respon individu dan keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialaminya. PPNI mengklasifikasikan diagnosis keperawatan menjadi dua jenis yaitu diagnosis positif dan diagnosis negatif. Diagnosis positif atau biasa disebut juga diagnosis promosi kesehatan menunjukkan klien berada dalam kondisi sehat dan dapat meningkatkan kesehatannya. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien berada dalam kondisi kesehatan yang tidak baik/sakit atau berisiko mengalami sakit. Oleh karena itu, intervensi yang diangkat pada diagnosis ini bertujuan untuk menyembuhkan, memulihkan atau mencegah kondisi sakit yang dalmi oleh klien (Salamung et al., 2021).

Diagnosis negatif juga dapat diklasifikasikan menjadi diagnosis aktual dan risiko. Diagnosis aktual menunjukkan bahwa klien telah mengalami masalah kesehatan ditandai dengan adanya gejala mayor dan minor. Sedangkan diagnosis risiko menunjukkan bahwa klien berisiko mengalami masalah kesehatan yang ditandai dengan adanya faktor risiko.

Diagnosis keperawatan memiliki komponen-komponen sebagai berikut (Salamung et al., 2021):

1. Masalah (problem)/label diagnostic

Masalah menunjukkan inti dari respon kondisi yang dialami klien pada kondisi kesehatan ataupun proses kehidupannya.

2. Indikator diagnostic

Indikator diagnostik yang terdiri dari etiologi atau penyebab, Sign and symptoms atau tanda dan gejala, serta faktor risiko masalah kesehatan yang dimiliki klien. Indikator-indikator ini penting untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Contoh analisis data dalam kasus keperawatan keluarga:

Keluarga Ny. A merupakan keluarga yang terdiri dari Ny. A sebagai kepala keluarga (single parent) dan dua anaknya yaitu An. F yang berusia 14 tahun dan An. Y yang berusia 11 tahun. An. F saat ini terdiagnosis HIV/AIDS. Keluarga mengatakan bahwa sebelumnya An. F sering bermain dengan temannya dan jarang pulang ke rumah. Ny. A mengatakan tidak memahami penyakit HIV/AIDS yang diderita An. F. Ny. A mengatakan tidak mampu merawat An. F yang sakit HIV/AIDS karena harus bekerja. Saat dilakukan pengkajian An. F tampak batuk-batuk, kurus dan lemas, suhu badan 39 C. Keluarga Ny. A belum menerapkan pola hidup bersih dan sehat dan jarang memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan. Ny. A mengatakan belum mengetahui peran orang tua dalam perawatan anak remaja dengan masalah HIV/AIDS. Ny. A juga mengatakan ingin An. F bisa lebih bertanggung jawab atas dirinya sendiri, tidak semakin terjerumus didalam perilaku menyimpang yang tidak baik. An. F berharap ia bisa sembuh dari HIV/AIDS dan menjalani kehidupan yang lebih baik dari sebelumnya serta dapat bersekolah kembali. Ny. A mengatakan ia merasa belum bisa menjadi ibu yang baik karena ia juga sibuk bekerja. Ny. A mengatakan ia belum puas dengan perannya sebagai orang tua. An. F mengatakan Ia bingung harus menceritakan masalahnya pada siapa. Ny. A terlihat sedih ketika menceritakan kondisi An. F, Ny. A sering memarahi An. F karena An. F tidak patuh pada Ny. A. Ny. A terlihat sibuk bekerja sehingga peran sebagai ibu yang dilakukan kurang maksimal. Contoh analisis data (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2016)

Tabel 6.2 Contoh analisis data (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2016)

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga mengatakan bahwa sebelumnya An. F sering bermain dengan temannya dan jarang pulang ke rumah- Ny. A mengatakan tidak memahami penyakit HIV/AIDS yang diderita An. F- Ny. A mengatakan tidak mampu merawat An. F yang sakit HIV/AIDS karena harus bekerja <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Suhu badan An. F saat dilakukan pengkajian 39 C- An. F tampak batuk-batuk- An. F tampak kurus dan lemas- Keluarga Ny. A belum menerapkan pola hidup bersih dan sehat- Keluarga Ny. A mengatakan jarang memeriksakan diri ke faskes	<p>Ny. A sibuk bekerja setiap hari</p> <p>↓</p> <p>Fungsi perawatan keluarga tidak maksimal</p> <p>↓</p> <p>Keluarga belum menerapkan pola hidup bersih dan sehat</p> <p>↓</p> <p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif</p> <p>↓</p> <p>An. F menjadi lebih sering sakit seperti batuk atau diare</p>	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny. A (D.0115)
2	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Ny. A mengatakan belum mengetahui peran orang tua	Ny. A adalah seorang single parent sehingga ia harus memerankan peran sebagai	Penampilan peran tidak efektif pada Ny. A (D.0125)

	<p>dalam perawatan anak remaja dengan masalah HIV/AIDS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. A mengatakan ingin An. F bisa lebih bertanggung jawab atas dirinya sendiri, tidak semakin terjerumus didalam perilaku menyimpang yang tidak baik. - An. F berharap ia bisa sembuh dari HIV/AIDS dan menjalani kehidupan yang lebih baik dari sebelumnya serta dapat bersekolah kembali - Ny. A mengatakan ia merasa belum bisa menjadi ibu yang baik karena ia juga sibuk bekerja - Ny. A mengatakan ia belum puas dengan perannya sebagai orang tua - An. F mengatakan Ia bingung harus menceritakan masalahnya pada siapa <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. A terlihat sedih ketika menceritakan kondisi An. F 	<p>ayah dan ibu bagi anak-anaknya</p> <p>↓</p> <p>Kesibukan Ny. A bekerja membuat Ny. A tidak mampu menjalankan perannya sebagai orang tua dengan baik</p> <p>↓</p> <p>Penampilan peran tidak efektif</p> <p>↓</p> <p>An. F mengatakan Ia bingung harus menceritakan masalahnya pada siapa</p> <p>↓</p> <p>An. F lebih senang menghabiskan waktu dengan teman-temannya</p>	
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Ny. A sering memarahi An. F karena An. F tidak patuh pada Ny. A - Ny. A terlihat sibuk bekerja sehingga peran sebagai ibu yang dilakukan kurang maksimal 		
--	---	--	--

D. Skoring

Sebelum melakukan penyusunan rencana keperawatan, perawat terlebih dahulu menentukan diagnosis keperawatan utama atau prioritas. Penentuan diagnosis keperawatan prioritas ini menggunakan teori Maglaya (2009). Berikut merupakan tabel yang digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan prioritas

Tabel 6.3 Diagnosis Keperawatan Nasional

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 Tidak dirasakan	2 1 0	1
Total			

Cara menghitung total skor yaitu

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Bagi skor dengan nilai tertinggi pada kriteria tersebut kemudian kalikan dengan bobot

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

3. Jumlahkan skor yang didapatkan dari masing-masing kriteria

Contoh scoring kasus keperawatan keluarga:

1. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny. A (D.0115)

Tabel 6.4 Kasus Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Perhitungan	Nilai	Pembenaran
1	Sifat masalah: Aktual	$3/3 \times 1$	1	Keluarga mengatakan belum mengetahui bagaimana perawatan kesehatan pada penderita HIV/AIDS. Maka kami memutuskan untuk masuk dalam kategori actual.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Sebagian	$1/2 \times 2$	1	Keluarga Ny. A tidak mampu menerapkan manajemen kesehatan keluarga yang efektif dan belum mendapatkan bantuan dari tenaga kesehatan untuk mengatasi masalah tersebut. Dengan adanya dukungan keluarga dan nakes mengenai pendidikan kesehatan tentang manajemen kesehatan yang efektif maka masalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dapat teratasi. Maka kami memutuskan untuk masuk dalam kategori sebagian.
3	Potensi masalah untuk dicegah: Cukup	$2/3 \times 1$	2/3	Dengan adanya edukasi kesehatan tentang manajemen kesehatan keluarga yang efektif dari tenaga kesehatan maka keluarga Ny.A dapat beradaptasi terhadap perubahan status kesehatanAn. F

				Maka kami memutuskan untuk masuk dalam kategori cukup
4	Menonjolnya masalah: Masalah berat harus ditangani	2/2 x 1	1	Keluarga menyadari apabila masalah tidak segera diatasi dapat membahayakan An. F, keluarga dan lingkungan sekitarnya
		Total	3 2/3	

2. Penampilan peran tidak efektif pada Ny. A (D.0125)

Tabel 6.5 Peran tidak Efektif

No	Kriteria	Perhitungan	Nilai	Pembenaran
1	Sifat masalah: Aktual	3/3 x 1	1	Ny. A mengatakan tidak mengetahui peran orang tua dengan anak remaja yang mengalami masalah HIV/AIDS Maka kami memutuskan untuk masuk dalam kategori actual.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: Sebagian	1/2 x 2	1	Ny. A mengatakan ingin belajar menjadi orang tua yang lebih baik Maka kami memutuskan untuk masuk dalam kategori sebagian.
3	Potensi masalah untuk dicegah: Rendah	1/3 x 1	1/3	Ny. A dapat dibantu untuk meningkatkan peran sebagai orang tua dengan anak remaja dengan edukasi kesehatan namun penerapannya agak sulit karena Ny. A harus bekerja setiap hari. Maka kami memutuskan untuk masuk dalam kategori rendah.
4	Menonjolnya masalah: Masalah berat harus ditangani	2/2 x 1	1	Apabila masalah tersebut tidak segera ditangani dikhawatirkan akan timbul konflik antara Ny. A dan anak-anaknya. Maka kami memutuskan untuk masuk dalam kategori masalah berat dan harus segera ditangani
		Total	3	

Berdasarkan tabel skoring diatas daftar prioritas diagnosis keperawatan yang dapat diangkat yaitu:

1. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny. A (D.0115)
2. Penampilan peran tidak efektif pada Ny. A (D.0125)

E. Intervensi Keperawatan Keluarga

Setelah menentukan diagnosis keperawatan keluarga, perawat kemudian membuat rencana intervensi keluarga. Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan perawat untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan dengan berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis perawat. Intervensi keperawatan keluarga merupakan strategi tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan individu dalam keluarga atau keluarga dengan melibatkan keluarga yang bersangkutan dan tim kesehatan lainnya (Salamung et al., 2021).

Sebelum menyusun rencana tindakan, perawat terlebih dahulu menentukan luaran dari tindakan yang akan dilakukan. Luaran keperawatan dapat berupa kondisi, perilaku atau persepsi klien. Setelah menentukan diagnosis keperawatan prioritas, perawat kemudian menentukan tujuan diberikan intervensi atau luaran keperawatan (*nursing outcome*). Luaran keperawatan harus dapat dinilai, diukur, dan diobservasi. Luaran ini mencakup kondisi, perilaku atau persepsi klien, keluarga dan komunitas terhadap intervensi yang telah diberikan oleh perawat (Salamung et al., 2021).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan tujuan keperawatan keluarga yaitu (Salamung et al., 2021)

1. Tujuan yang ditetapkan harus berorientasi pada keluarga sehingga perawat harus mengarahkan keluarga untuk mencapai hasil yang diharapkan
2. Kriteria hasil yang ditetapkan harus sesuai, dapat diukur dan dapat dicapai oleh keluarga.
3. Tujuan menggambarkan berbagai alternatif penyelesaian masalah kesehatan
4. Tujuan harus spesifik dan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ditetapkan serta faktor-faktor yang berhubungan dengannya
5. Tujuan harus menunjukkan kemampuan keluarga dalam memecahkan masalah keperawatan.
6. Penentuan tujuan harus dilakukan bersama dengan keluarga.

Berikut merupakan contoh penulisan intervensi keperawatan keluarga sesuai dengan kasus (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2016, 2018b, 2018a)

Tabel 6.6 Penulisan intervensi keperawatan keluarga sesuai dengan kasus

No	Diagn osis	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Rencana Tindakan (Intervensi)																											
1	Gangg uan proses keluar ga pada keluar ga Ny. A (D.012 0)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan tidak ditemukan gangguan proses keluarga pada keluarga Ny. A</p> <p>TUK 1 : Keluarga mampu mengenal/memahami tentang proses keluarga</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o.</th><th>Indikator</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Dukungan sosial yang dimiliki keluarga</td><td></td><td></td><td></td><td>→</td><td></td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Tipe dan gangguan proses keluarga</td><td></td><td></td><td></td><td>→</td><td></td></tr> <tr> <td>3</td><td>Perubahan peran pada proses keluarga</td><td></td><td></td><td></td><td>→</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>1 : Tidak ada pengetahuan 2 : Pengetahuan 3 : Pengetahuan banyak 4 : Pengetahuan sangat banyak</p> <p>Dari 3 pertanyaan yang disebutkan, klien dapat menjawab minimal 2 pertanyaan dengan benar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apa saja dukungan sosial yang dimiliki keluarga? 2. Apa tipe dan gangguan proses keluarga yang sedang dialami oleh keluarga? 3. Apa perubahan peran yang terjadi dalam keluarga? 	N o.	Indikator	1	2	3	4	5	1.	Dukungan sosial yang dimiliki keluarga				→		2.	Tipe dan gangguan proses keluarga				→		3	Perubahan peran pada proses keluarga				→		<p>SIKI: Edukasi proses keluarga (1.12443)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Anjurkan mengidentifikasi dan menggunakan dukungan sosial yang ada 3. Ajarkan cara mengidentifikasi tipe dan gangguan proses keluarga 4. Ajarkan cara mengidentifikasi perubahan peran pada proses keluarga
N o.	Indikator	1	2	3	4	5																									
1.	Dukungan sosial yang dimiliki keluarga				→																										
2.	Tipe dan gangguan proses keluarga				→																										
3	Perubahan peran pada proses keluarga				→																										

									.
		TUK 2 : Keluarga mampu memutuskan untuk mengata si ganggu an proses keluarga	SLKI: Dukungan keluarga (L.13112)						SIKI: Dukungan pengambilan keputusan (1.09265)
			N o.	Indikator	1	2	3	4	5
			1.	Anggota keluarga mampu memverbalisasi keinginan untuk meningkatkan proses keluarga					→
			2.	Keluarga mampu mencari dukungan sosial untuk meningkatkan proses keluarga					→
			3	Keluarga mampu mencari dukungan spiritual untuk meningkatkan proses keluarga					→
			Keterangan: 1 : Sangat tidak mampu 2 : Tidak mampu 3 : Cukup mampu 4 : Mampu 5 : Sangat mampu						
		TUK 3 : Keluarga mampu menunjukkan perilaku adaptif dalam mengata si ganggu an proses keluarga	SLKI: Fungsi keluarga (L.13114)						SIKI: Terapi keluarga (1.09322)
			N o.	Indikator	1	2	3	4	5
			1.	Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga					→
			2.	Anggota keluarga saling mendukung					→
			3	Anggota keluarga menjalankan peran yang diharapkan					→
			4.	Adaptasi terhadap masalah					→

		an untuk mengata si ganggu an proses keluarga	2.	Keluarga mampu menerima bantuan yang ditawarkan orang lain					→		<p>1. Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial pada An. F</p> <p>2. Motivasi untuk berlatih keterampilan social</p> <p>3. Jelaskan tujuan melatih keterampilan social</p> <p>4. Anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami</p> <p>5. Edukasi keluarga untuk dukungan keterampilan sosial</p>	
			3	Keluarga mampu membangun jaringan sosial yang membantu			→					
<p>Keterangan:</p> <p>1 : Sangat tidak mampu</p> <p>2 : Tidak mampu</p> <p>3 : Cukup mampu</p> <p>4 : Mampu</p> <p>5 : Sangat mampu</p>												
		TUK 5 : Keluarga mampu memanfaatkan layanan kesehatan dengan optimal untuk mengata si	SLKI: Pemeliharaan kesehatan (L.12106)								SIKI: Proses Efektif Keluarga (1.13496)	
			N o.	Indikator	1	2	3	4	5			
			1.	Keluarga mampu menunjukkan pemahaman tentang proses keluarga yang baik					→			
			2.	Keluarga mampu menjalankan proses keluarga yang baik			→					
			3	Keluarga mampu mencari bantuan ke		→						

		gangguan proses keluarga		pelayanan kesehatan untuk meningkatkan proses keluarga								untuk menggunakan fasilitas kesehatan.
			Keterangan:	1 : Sangat tidak mampu	2 : Tidak mampu	3 : Cukup mampu	4 : Mampu	5 : Sangat mampu				
2	Penampilan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan keluarga siap untuk meningkatkan penampilan peran pada Ny. A										

		<p>peran tidak efektif pada Ny. A (D.0125)</p> <p>TUK 1: Keluarga mampu mengenal masalah penampilan peran tidak efektif</p>	<p>SLKI: Penampilan peran (L.13119)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o.</th><th>Indikator</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Keluarga mampu verbalisasi kepuasan penampilan peran</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>→</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Keluarga mampu beradaptasi sesuai peran</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>→</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Keluarga mampu bertanggungjawab terhadap peran yang dijalankan</td><td></td><td></td><td>→</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>1 : Sangat tidak mampu 2 : Tidak mampu 3 : Cukup mampu 4 : Mampu 5 : Sangat mampu</p>	N o.	Indikator	1	2	3	4	5	1.	Keluarga mampu verbalisasi kepuasan penampilan peran					→	2.	Keluarga mampu beradaptasi sesuai peran					→	3	Keluarga mampu bertanggungjawab terhadap peran yang dijalankan			→			<p>SIKI: Edukasi orang tua: fase remaja (1.12401)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan dan kemampuan orang tua menerima informasi- Jelaskan tugas atau sasaran perkembangan masa remaja Jelaskan pola hubungan antara orang tua dan remaja Jelaskan mekanisme coping yang digunakan oleh remaja Ajarkan fisiologis normal, emosional. Kognitif dan karakteristik remaja Ajarkan cara bekomunikasi
N o.	Indikator	1	2	3	4	5																										
1.	Keluarga mampu verbalisasi kepuasan penampilan peran					→																										
2.	Keluarga mampu beradaptasi sesuai peran					→																										
3	Keluarga mampu bertanggungjawab terhadap peran yang dijalankan			→																												

				dengan remaja 7. Ajarkan mengenai sikap- sikap menghada pi perilaku remaja 8. Ajarkan mengident ifikasi adanya stress keluarga (misalnya penyalah unaan NAPZA)																											
		<p>TUK 2: Keluarga mampu memenuhi skan untuk meningkatkan efektifitas penampilan peran</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o.</th> <th>Indikator</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluarga mampu beradaptasi dengan masalah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>►</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Keluarga mampu membagi tanggung jawab kepada semua anggota keluarga</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>►</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Keluarga mampu melibatkan anggota keluarga dalam menyelesaikan masalah</td> <td></td> <td></td> <td>►</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>1 : Sangat tidak mampu 2 : Tidak mampu 3 : Cukup mampu 4 : Mampu 5 : Sangat mampu</p>	N o.	Indikator	1	2	3	4	5	1.	Keluarga mampu beradaptasi dengan masalah					►	2.	Keluarga mampu membagi tanggung jawab kepada semua anggota keluarga					►	3	Keluarga mampu melibatkan anggota keluarga dalam menyelesaikan masalah			►			<p>SIKI: Dukungan Pengambilan Keputusan (1.09265)</p> <p>1. Identifikasi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik 2. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan 3. Diskusikan kelebihan</p>
N o.	Indikator	1	2	3	4	5																									
1.	Keluarga mampu beradaptasi dengan masalah					►																									
2.	Keluarga mampu membagi tanggung jawab kepada semua anggota keluarga					►																									
3	Keluarga mampu melibatkan anggota keluarga dalam menyelesaikan masalah			►																											

				dan kekurangan tiap solusi 4. Fasilitasi melihat situasi secara realistic 5. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif																												
		TUK 3: Keluarga mampu melakukan penampilan peran yang efektif	<p>SLKI: Penampilan peran (L.13119)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o.</th> <th>Indikator</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluarga mampu mengatasi kebingungan peran</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Keluarga mampu menyelesaikan konflik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Keluarga mampu melakukan strategi coping yang efektif</td> <td></td> <td>→</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan: 1 : Sangat tidak mampu 2 : Tidak mampu 3 : Cukup mampu 4 : Mampu 5 : Sangat mampu </p>	N o.	Indikator	1	2	3	4	5	1.	Keluarga mampu mengatasi kebingungan peran					→	2.	Keluarga mampu menyelesaikan konflik					→	3	Keluarga mampu melakukan strategi coping yang efektif		→				<p>SIKI: Mediasi konflik (1.09296)</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor alur proses mediasi Ciptakan situasi yang netral dalam proses komunikasi Gunakan berbagai teknik komunikasi (mendengar aktif, parafrase, refleksi) Diskusikan masalah Fasilitasi mengidentifikasi alternatif penyelesaian masalah
N o.	Indikator	1	2	3	4	5																										
1.	Keluarga mampu mengatasi kebingungan peran					→																										
2.	Keluarga mampu menyelesaikan konflik					→																										
3	Keluarga mampu melakukan strategi coping yang efektif		→																													

				<p>6. Fasilitasi kedua belah pihak dalam menerima penyelesaian masalah yang disepakati</p> <p>7. Berikan penguat positif terhadap upaya penyelesaian masalah</p> <p>8. Anjurkan mengungkapkan masalah yang dialami</p>																												
		<p>TUK 4: Keluarga mampu memodi fikasi lingkungan untuk meningkatkan efektifitas penampilan peran</p>	<p>SLKI: Dukungan Sosial (L.13113)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o.</th> <th>Indikator</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan untuk meminta bantuan pada orang lain</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>►</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Keluarga mampu menerima bantuan yang ditawarkan orang lain</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>►</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Keluarga mampu membangun jaringan sosial yang membantu</td> <td></td> <td>→</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>1 : Sangat tidak mampu</p> <p>2 : Tidak mampu</p> <p>3 : Cukup mampu</p> <p>4 : Mampu</p> <p>5 : Sangat mampu</p>	N o.	Indikator	1	2	3	4	5	1.	Kemampuan untuk meminta bantuan pada orang lain					►	2.	Keluarga mampu menerima bantuan yang ditawarkan orang lain					►	3	Keluarga mampu membangun jaringan sosial yang membantu		→				<p>SIKI: Promosi sistem pendukung (1.09313)</p> <p>1. Identifikasi respon psikologis terhadap situasi dan ketersediaan sistem pendukung</p> <p>2. Monitor situasi keluarga saat ini dan sistem pendukung</p> <p>3. Berikan dukungan dan caring</p>
N o.	Indikator	1	2	3	4	5																										
1.	Kemampuan untuk meminta bantuan pada orang lain					►																										
2.	Keluarga mampu menerima bantuan yang ditawarkan orang lain					►																										
3	Keluarga mampu membangun jaringan sosial yang membantu		→																													

				dalam pelayanan 4. Informasi an jaringan sosial yang tersedia																											
		<p>TUK 5: Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk meningkatkan efektifitas penampilan peran</p> <p>SLKI: Pemeliharaan kesehatan (L.12106)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o.</th> <th>Indikator</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluarga mampu menunjukkan pemahaman tentang proses keluarga yang baik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Keluarga mampu menjalankan proses keluarga yang baik</td> <td></td> <td></td> <td>→</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Keluarga mampu mencari bantuan ke pelayanan kesehatan untuk meningkatkan proses keluarga</td> <td></td> <td>→</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>1 : Sangat tidak mampu 2 : Tidak mampu 3 : Cukup mampu 4 : Mampu 5 : Sangat mampu</p>	N o.	Indikator	1	2	3	4	5	1.	Keluarga mampu menunjukkan pemahaman tentang proses keluarga yang baik					→	2.	Keluarga mampu menjalankan proses keluarga yang baik			→			3	Keluarga mampu mencari bantuan ke pelayanan kesehatan untuk meningkatkan proses keluarga		→				<p>SIKI: Proses Efektif Keluarga (1.13496)</p> <p>1. Identifikasi tipe proses keluarga 2. Identifikasi masalah atau gangguan proses keluarga untuk menggunakan fasilitas kesehatan. 3. Fasilitasi anggota keluarga melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan seperti rumah sakit/puskesmas/klinik untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. 4. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan</p>
N o.	Indikator	1	2	3	4	5																									
1.	Keluarga mampu menunjukkan pemahaman tentang proses keluarga yang baik					→																									
2.	Keluarga mampu menjalankan proses keluarga yang baik			→																											
3	Keluarga mampu mencari bantuan ke pelayanan kesehatan untuk meningkatkan proses keluarga		→																												

				<p>5. Anjurkan menentukan perilaku spesifik yang akan diubah</p> <p>6. Ajarkan pencarian dan penggunaan system fasilitas pelayanan kesehatan</p>
--	--	--	--	--

F. Implementasi

Implementasi pada asuhan keperawatan keluarga ini dapat dilakukan baik pada individu dalam keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Implementasi yang dapat diterapkan pada individu dalam keluarga dapat berupa tindakan keperawatan secara langsung, tindakan kolaborasi, tindakan observasi dan tindakan promosi kesehatan. Sedangkan implementasi yang ditujukan pada keluarga dapat berupa peningkatan kesadaran keluarga akan masalah kesehatan yang dialami oleh salah satu anggota keluarga, memberikan bantuan kepada keluarga dalam pengambilan keputusan terkait masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya serta mendiskusikan terkait konsekuensi dari keputusan yang diambil, memberikan kesempatan kepada keluarga untuk merawat anggota keluarganya yang sakit dengan terlebih dahulu memberikan edukasi terkait perawatan yang diperlukan, membantu keluarga memodifikasi lingkungan agar menjadi nyaman, representatif serta sehat bagi anggota keluarganya, memotivasi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia di lingkungan sekitarnya (Salamung et al., 2021). Contoh penulisan implementasi keperawatan keluarga yaitu

Tabel 6.7 Contoh penulisan implementasi keperawatan keluarga

Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Jam	Implementasi	TTD
1-6 Mei 2023	Gangguan Proses Keluarga pada keluarga Ny. A (D.0120)	09.00 - 10.00	<ul style="list-style-type: none">• Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan proses keluarga dengan intervensi yang sudah disusun selama enam kali kunjungan rumah dari tanggal 1-6 Mei 2023• Perawat menekankan pemberian pendidikan kesehatan tentang yang dilaksanakan pada tanggal 1-6 Mei 2023 meliputi: (1) edukasi tentang menggunakan dukungan sosial, tipe dan perubahan peran pada proses keluarga, (2) edukasi tentang konflik pada keluarga (3) edukasi tentang pola komunikasi (4) memberikan post-test pre-test, serta (5) berkolaborasi dengan psikolog untuk memberikan terapi keluarga agar keluarga dapat berkomunikasi secara terbuka kembali dengan anggota keluarga lainnya.	
7-12 Mei 2023	Penampilan peran tidak efektif pada Ny. A (D.0125)	09.00 - 10.00	<ul style="list-style-type: none">• Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi penampilan peran tidak efektif dengan intervensi yang sudah disusun selama enam kali kunjungan rumah dari tanggal 7-12 Mei 2023• Perawat menekankan pemberian pendidikan kesehatan tentang yang dilaksanakan pada tanggal 7-12 Mei 2023 meliputi: (1) edukasi tentang edukasi pada orang tua: fase remaja, (2) edukasi tentang sistem pendukung yang dapat dimanfaatkan keluarga (3) edukasi tentang pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, (4) edukasi tentang strategi coping yang efektif (5) memberikan leaflet sebagai media edukasi, (6) memberikan post-test pre-test, serta (7) melakukan	

			mediasi konflik antar anggota keluarga yang bermasalah	
--	--	--	--	--

G. Evaluasi

Rencana tindakan keperawatan yang sudah disusun oleh perawat dan diimplementasikan kepada klien dan keluarganya harus dievaluasi. Apabila tindakan tersebut belum atau tidak berhasil, maka perawat harus memikirkan dan memodifikasi tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien dan keluarganya. Rencana keperawatan yang telah disusun tidak mungkin dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan rumah, rencana tersebut dapat dilakukan dalam beberapa kali pertemuan sesuai dengan kesepakatan antara perawat dengan klien dan keluarga (Salamung et al., 2021).

Evaluasi yang dilakukan oleh perawat meliputi kemajuan status kesehatan klien dan keluarga, membandingkan respon klien dan keluarga dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menyimpulkan penyelesaian kemajuan masalah keperawatan dan kemajuan tujuan yang telah disusun oleh perawat bersama dengan klien dan keluarga. Contoh tabel evaluasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan keluarga (Salamung et al., 2021)

Tabel 6.8 evaluasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan keluarga

Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Jam	Evaluasi	TTD
1-6 Mei 2023	Gangguan Proses Keluarga pada keluarga Ny. A (D.0120)	09.00 - 10.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga Ny. A mengatakan memahami terkait proses keluarga dan bagaimana menyelesaikan konflik dalam keluarga melalui penjelasan dan leaflet yang diberikan oleh perawat Keluarga Ny. A juga mengatakan mengerjakan pre test dan post-test Keluarga Ny. A mengatakan mampu berkomunikasi secara terbuka dan mampu menyampaikan perasaannya dengan efektif setelah dilakukan terapi keluarga. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga Ny. A tampak memahami dan mengerti penjelasan tentang proses keluarga dan konflik dalam keluarga setelah diberikan penjelasan oleh perawat 	

- Keluarga Ny. A juga tampak mengerjakan post-test dengan sungguh-sungguh dan hasilnya lebih baik dari saat mengerjakan pre-test, yaitu saat pre-test dengan hasil skor 6 soal benar dan saat post-test 10 soal benar dari 10 pertanyaan yang diberikan.
- Keluarga Ny. A tampak bekomunikasi dengan baik satu sama lain.

A

TUK 1

SLKI: Proses keluarga (L.13123)

No.	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Dukungan sosial yang dimiliki keluarga					→
2.	Tipe dan gangguan proses keluarga					→
3	Perubahan peran pada proses keluarga					→

TUK 2

SLKI: Dukungan keluarga (L.13112)

No.	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Anggota keluarga mampu memverbalisasi keinginan untuk meningkatkan proses keluarga					→
2.	Keluarga mampu mencari dukungan sosial untuk meningkatkan proses keluarga					→
3	Keluarga mampu mencari dukungan spiritual untuk meningkatkan proses keluarga					→

TUK 3

SLKI: Fungsi keluarga (L.13114)

No.	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga					→
2.	Anggota keluarga saling mendukung					→

				3	Anggota keluarga menjalankan peran yang diharapkan				→	
				4.	Adaptasi terhadap masalah				→	
				5.	Pembagian tanggung jawab kepada setiap anggota keluarga				→	
				6.	Pelibatan anggota keluarga dalam menyelesaikan masalah				→	
				7.	Lingkungan mendukung anggota keluarga mengungkapkan perasaan				→	
TUK 4										
SLKI: Dukungan Sosial (L.13113)										
No.	Indikator	1	2	3	4	5				
1.	Kemampuan untuk meminta bantuan pada orang lain						→			
2.	Keluarga mampu menerima bantuan yang ditawarkan orang lain						→			
3	Keluarga mampu membangun jaringan sosial yang membantu			→						
TUK 5										
SLKI: Pemeliharaan kesehatan (L.12106)										
No.	Indikator	1	2	3	4	5				
1.	Keluarga mampu menunjukkan pemahaman tentang proses keluarga yang baik						→			
2.	Keluarga mampu menjalankan proses keluarga yang baik				→					
3	Keluarga mampu mencari bantuan ke pelayanan kesehatan				→					

				untuk meningkatkan proses keluarga																			
Kesimpulan : <i>outcome</i> yang diinginkan sesuai dengan target (masalah teratasi). Keluarga mengerti tentang proses keluarga dan bagaimana mengatasi konflik dalam keluarga serta mampu mulai berkomunikasi secara terbuka antar anggota keluarga																							
<p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi untuk diagnosis keperawatan penampilan peran tidak efektif</p>																							
7-12 Mei 2023	Penampilan peran tidak efektif pada Ny. A (D.0125)	09.00 - 10.00	S :	<ul style="list-style-type: none"> • Ny. A mengatakan memahami terkait peran orang tua yang memiliki anak remaja • Keluarga Ny. A juga mengatakan mengerjakan pre test dan post-test • Keluarga Ny. A mengatakan mampu menyelesaikan konflik antar anggota keluarga. • Keluarga Ny. A mengatakan akan menggunakan strategi coping yang efektif ketika merasa stres 																			
			O :	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Ny. A tampak memahami dan mengerti penjelasan tentang peran orang tua yang memiliki anak remaja, sistem pendukung yang dapat dimanfaatkan keluarga serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan setelah diberikan penjelasan oleh perawat • Keluarga Ny. A juga tampak mengerjakan post-test dengan sungguh-sungguh dan hasilnya lebih baik dari saat mengerjakan pre-test, yaitu saat pre-test dengan hasil skor 5 soal benar dan saat post-test 10 soal benar dari 10 pertanyaan yang diberikan. • Keluarga Ny. A tampak berkomunikasi dengan baik satu sama lain. 																			
			A	<p>TUK 1</p> <p>SLKI: Penampilan peran (L.13119)</p>																			
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Indikator</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluarga mampu verbalisasi kepuasan penampilan peran</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Indikator	1	2	3	4	5	1.	Keluarga mampu verbalisasi kepuasan penampilan peran					→					
No.	Indikator	1	2	3	4	5																	
1.	Keluarga mampu verbalisasi kepuasan penampilan peran					→																	

2.	Keluarga mampu beradaptasi sesuai peran					→
3	Keluarga mampu bertanggungjawab terhadap peran yang dijalankan				→	

TUK 2

SLKI: Fungsi Keluarga (L.13114)

No.	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Keluarga mampu beradaptasi dengan masalah					→
2.	Keluarga mampu membagi tanggung jawab kepada semua anggota keluarga					→
3	Keluarga mampu melibatkan anggota keluarga dalam menyelesaikan masalah			→		

TUK 3

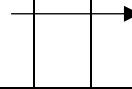
SLKI: Penampilan peran (L.13119)

No.	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Keluarga mampu mengatasi kebingungan peran					→
2.	Keluarga mampu menyelesaikan konflik					→
3	Keluarga mampu melakukan strategi coping yang efektif		→			

TUK 4

SLKI: Dukungan Sosial (L.13113)

No.	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Kemampuan untuk meminta bantuan pada orang lain					→
2.	Keluarga mampu menerima bantuan yang ditawarkan orang lain				→	

			3	Keluarga mampu membangun jaringan sosial yang membantu				
TUK 5								
SLKI: Pemeliharaan kesehatan (L.12106)								
No.	Indikator	1	2	3	4	5		
1.	Keluarga mampu menunjukkan pemahaman tentang proses keluarga yang baik							
2.	Keluarga mampu menjalankan proses keluarga yang baik							
3	Keluarga mampu mencari bantuan ke pelayanan kesehatan untuk meningkatkan proses keluarga							
<p>Kesimpulan : <i>outcome</i> yang diinginkan sesuai dengan target (masalah teratasi). Keluarga mengerti tentang peran orang tua yang memiliki anak remaja, sistem pendukung yang dapat dimanfaatkan keluarga, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan serta strategi coping yang efektif</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi, motivasi keluarga Tn. S untuk mengunjungi tempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan informasi terkait layanan rehabilitasi bagi pengguna NAPZA</p>								

H. Latihan Soal

1. Sekumpulan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat kepada individu dalam sebuah keluarga dengan menekankan pentingnya partisipasi keluarga secara aktif disebut dengan?
 - a. Asuhan keperawatan individu
 - b. Asuhan keperawatan keluarga
 - c. Asuhan keperawatan komunitas

- d. Asuhan keperawatan lansia
 - e. Asuhan keperawatan individu dalam keluarga
2. Informasi kondisi klien yang berbeda dari kondisi normal merupakan pengertian dari?
- a. Data fokus
 - b. Data dasar
 - c. Data primer
 - d. Data sekunder
 - e. Data subjektif
3. Hubungan keluarga dengan suprasistem dapat digambarkan dengan?
- a. Genogram
 - b. Pohon masalah
 - c. Pohon silsilah keluarga
 - d. Ecomap
 - e. Analisis masalah
4. Perawat N sedang melakukan kunjungan rumah dan didapatkan data bahwa keluarga mengatakan bahwa keluarga tidak memahami penyakit yang dialami oleh anggota keluarganya. Keluarga juga mengatakan belum menerapkan pola hidup bersih dan sehat dan jarang memeriksakan diri ke faskes. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut diagnosis keperawatan keluarga yang dapat ditegakkan yaitu?
- a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
 - b. Penampilan peran tidak efektif
 - c. Defisit pengatahan
 - d. Gangguan proses keluarga
 - e. Kesiapan peningkatan coping keluarga
5. Perawat N sedang melakukan kunjungan rumah dan didapatkan data bahwa keluarga mengatakan bahwa Ibu belum mengetahui peran orang tua dalam perawatan anak. Ibu juga mengatakan merasa belum bisa menjadi ibu yang baik karena ia juga sibuk bekerja dan belum puas dengan perannya sebagai

orang tua. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut diagnosis keperawatan keluarga yang dapat ditegakkan yaitu?

- a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
- b. Penampilan peran tidak efektif
- c. Defisit pengetahuan
- d. Gangguan proses keluarga
- e. Kesiapan peningkatan coping keluarga

Kunci Jawaban

- 1. B
- 2. A
- 3. D
- 4. A
- 5. B

I. Glosarium

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia

J. Daftar Pustaka

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., & Robinson, M. (2018). Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research. In *Reading* (6th Edition). FA Davis Company.

Lukman, S., Muhammadong, M., & Ilmayanti, N. (2024). Asuhan Keperawatan Keluarga pada Keluarga Tn. I dengan Anggota Keluarga Defisit Pengetahuan mengenai Penyakit ISPA. *Jurnal Keperawatan Profesional (KEPO)*, 5(1), 102–114.
<https://doi.org/10.36590/kepo.v5i1.990>

Nuriyanto, A., & Rahayuwati, L. (2019). Family Nursing as an Improvement Strategy of Family Health Index in Indonesia: A Literature Review. *Asian Community Health Nursing Research*, 7(3), 7.
<https://doi.org/10.29253/achnr.2019.1721>

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi pert). DPP PPNI.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi pert). DPP PPNI.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi pert). DPP PPNI.

Sahar, J., Setiawan, A., & Riasmini, N. M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas & Keluarga* (Edisi Pert). Elsevier Singapore Pte Ltd.

Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Primasari, N. A., Rumbo, H., & Al., E. (2021). Keperawatan Keluarga (Family Nursing). In *Duta Media Publishing*.

BAB 7

PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Perawatan keluarga merupakan suatu pendekatan holistik dalam menangani permasalahan kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga. Tim kesehatan menyediakan layanan kesehatan dengan membantu anggota keluarga mempertahankan tingkat kesehatan tertinggi (Lukman et al., 2024).

Proses perawatan keluarga menempatkan keluarga dan seluruh anggotanya sebagai pusat pelayanan, memanfaatkan sumber daya layanan kesehatan yang tersedia, dan merupakan pendekatan komprehensif yang melibatkan seluruh keluarga mulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi perawatan (Caron & Markusen, 2016).

Pengkajian mencakup pengumpulan data klien, merencanakan tindak lanjut data tersebut, sehingga tindakan apa yang harus diambil selanjutnya berdasarkan rencana, dan terakhir evaluasi (Nadirawati, 2018).

Menekuni karir penulis dari awal sebagai pengajar keperawatan keluarga, hal ini menjadikan ketertarikan tersendiri untuk membahas tentang asuhan keperawatan keluarga terutama pada tahap pengkajian kperawatan keluarga.

Penyusunan buku ajar keperawatan keluarga pada bab ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam melaksanakan pengkajian keperawatan keluarga secara holistik, komprehensif, dan kontinu; membantu peserta didik dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan merumuskan masalah kesehatan keluarga; memotivasi peserta didik untuk mengembangkan sikap profesional, etis, dan humanis dalam mengkaji pada klien dan keluarga.

Sasaran pembaca dalam bab ini adalah siswa dan atau mahasiswa perawat khususnya D III Keperawatan, merupakan sumber referensi yang bermanfaat juga bagi dosen, praktisi, dan peneliti keperawatan keluarga, serta masyarakat umum yang interes terhadap pengkajian keperawatan keluarga.

Pada bab ini dibahas pengertian pengkajian asuhan keperawatan keluarga; sumber data, pengelompokan data dan informasi; pengkajian tingkat kemandirian keluarga; serta instrumen pengkajian keluarga berdasarkan model Friedman.

Metode Pembelajaran dalam pembelajaran ini disajikan dalam bentuk teks tulisan, dilengkapi dengan latihan soal beserta kunci dan referensi terkini.

Pendekatan pembelajaran yang digunakan dalam bab ini menuntut peserta didik dengan pembelajaran aktif, pembelajaran kolaboratif, atau metode campuran keduanya.

Pedoman penggunaan dalam memahami bab ini adalah pembaca membaca memahami dengan seksama dan efektif item item pengkajian keperawatan keluarga, mencoba mengerjakan latihan soal yang diberikan sebelum mencari atau menemukan kunci jawaban yang diberikan.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Peserta didik mampu melakukan pengkajian keperawatan keluarga

Capaian Pembelajaran:

Peserta didik mampu:

1. Menyebutkan pengertian pengkajian asuhan keperawatan keluarga
2. Mengidentifikasi sumber data, pengelompokan data dan informasi
3. Mengidentifikasi pengkajian tingkat kemandirian keluarga
4. Menerapkan instrumen pengkajian keluarga model Friedman
5. Dapat mensimulasikan kegiatan pengkajian melalui kegiatan role play di kelas

A. Pengertian Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga

Menurut Kemenkes (2014), pengkajian merupakan tahap pertama dari proses keperawatan, dan merupakan suatu proses yang sistematis untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk menilai status kesehatan klien.

Pengkajian keperawatan keluarga merupakan tahap di mana seorang perawat mengumpulkan informasi terus menerus tentang anggota keluarga dan sekitarnya. Kajian keluarga ini mencakup aspek yang berkaitan dengan data sosiobudaya dan demografi, data keluarga, struktur dan fungsi, stres dan keterikatan keluarga, pemeriksaan fisik anggota keluarga dan ekspektasi mereka terhadap pelayanan keperawatan. Pengkajian menyeluruh adalah langkah penting dalam menyediakan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien dan akurat berdasarkan kebenaran dan kebenaran data sangat penting untuk diagnosa keperawatan (Neti, Juniarti, 2016).

B. Sumber Data, Pengelompokan Data Dan Informasi

3 jenis sumber data dapat digunakan untuk pengkajian keluarga (Murwani, 2014), yaitu:

1. Wawancara: Wawancara dapat dilakukan pada anggota keluarga selain klien tentang masalah gaya hidup dan kondisi kesehatan klien. Wawancara harus terarah dan terstruktur. Pada tahap wawancara, klien dan keluarga diberi kesempatan untuk mengungkapkan riwayat kesehatan mereka dan kondisi kesehatan saat ini.
2. Observasi: Observasi kondisi kesehatan klien melalui pemeriksaan fisik, termasuk evaluasi lingkungan dan tempat tinggal klien.
3. Informasi: Semua sumber data tentang kesehatan klien dan keluarganya, baik secara tertulis maupun tidak tertulis.

Pengelompokan data klien (Neti, Juniarti, 2016) meliputi :

Data dasar meliputi data demografi, sosial budaya, lingkungan keluarga, perkembangan, struktur dan fungsi keluarga, coping keluarga, dan pemeriksaan fisik anggota keluarga.

Data fokus

Dalam pengkajian keluarga, data fokus mencakup data tentang perubahan atau respons klien terhadap kondisi kesehatannya, serta tindakan klien. Data ini lebih fokus untuk mengidentifikasi data khusus yang ditentukan oleh perawat, klien, dan keluarga mereka tentang kondisi klien.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan pengkajian dalam keluarga (Murwani, 2014) :

1. Membangun hubungan yang baik

Ketika bertemu dengan klien dan anggota keluarga pertama kali, membangun hubungan yang saling percaya sangat penting untuk memulai interaksi yang lancar. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga, perawat harus mampu membina hubungan baik dengan klien dan keluarga mereka. Langkah yang dapat diambil untuk membangun hubungan keluarga yang baik:

- a. Memberi salam
- b. Memberikan penjelasan tentang alasan kunjungan perawat
- c. Menjelaskan bahwa kehadiran perawat membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga
- d. Menjelaskan kepada keluarga bahwa kunjungan perawat dapat dilakukan berulang kali dan berapa banyak petugas kesehatan yang hadir.

2. Penjajakan awal atau pengkajian tahap-1

Fokus penjajakan awal adalah memvalidasi data yang dikumpulkan oleh petugas kesehatan.

3. Penjajakan lanjutan atau pengkajian tahap-2

Pengkajian lanjutan bertujuan untuk mendapatkan informasi lebih detail tentang keluhan dan penyelidikan klien.

C. Pengkajian Tingkat Kemandirian Keluarga

Tingkat kemandirian keluarga merupakan hal penting yang harus dikaji karena mengindikasikan bagaimana kemampuan keluarga mengatasi masalah kesehatan secara mandiri melalui pendampingan dari petugas kesehatan.

Tingkat kemandirian keluarga bergantung pada kunjungan rumah perawat ke keluarga, dengan jumlah antara 2-4 kali (Haris et al., 2020).

Tujuh indikator dalam menentukan tingkat kemandirian keluarga (Haris et al., 2020):

1. Menerima petugas perawatan masyarakat,
2. Menerima dengan baik pelayanan keperawatan yang diberikan

3. Mengetahui dan dapat menjelaskan masalah dengan benar
4. Memanfaatkan pelayanan kesehatan sesuai anjuran,
5. Mampu melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran
6. Mampu melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif
7. Mampu melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

Tingkat I kemandirian keluarga jika memenuhi kriteria 1 dan 2, tingkat II jika memenuhi kriteria 1 hingga 5, tingkat III jika memenuhi kriteria 1 hingga 6 dan tingkat IV jika memenuhi semua kriteria yaitu 1 hingga 7 (Neti, Juniarti, 2016).

D. Instrumen Pengkajian Keluarga Model Friedman

Menurut Friedman dalam (Nadirawati, 2018) pengkajian keluarga meliputi 6 kategori, yaitu: data identifikasi, tahapan dan riwayat perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres, coping dan adaptasi keluarga, dan harapan keluarga.

Berikut penjelasan dari pengkajian keperawatan keluarga (Nuraeni et al., 2023) :

1. Data Umum

a. Identitas kepala keluarga

Nama atau (sebaiknya) inisial kepala keluarga, umur, alamat dan nomor telpon, pekerjaan dan tingkat pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga termasuk nama, jenis kelamin, umur, hubungan dengan kepala keluarga, agama, pendidikan tingkat, status imunisasi dan genogram (peta gen) tiga generasi.

b. Tipe Keluarga

Menjelaskan jenis tipe keluarga (tipe keluarga tradisional atau tipe non-tradisional).

c. Suku Bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga dan tentukan budaya suku bangsa atau kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan.

d. Agama

Mengkaji agama dan kepercayaan keluarga yang mungkin mempengaruhi kesehatan.

e. Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi suatu keluarga bergantung pada pendapatan semua anggota keluarganya, termasuk pendapatan anggota keluarga dan anggota keluarga lainnya. Selain itu, status sosial ekonomi keluarga juga bergantung

pada kebutuhan keluarga dan harta benda yang dimiliki.

f. Aktivitas rekreasi

Waktu luang keluarga tidak hanya terlihat saat keluarga pergi ke tempat hiburan bersama, tetapi juga bisa memanfaatkan waktu senggang atau waktu senggang keluarga.

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Menurut Duval, tahap perkembangan keluarga ditemukan oleh anak tertua dari keluarga inti dan dinilai sejauh mana keluarga memenuhi tanggung jawab tahap perkembangan keluarga.

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum selesai, menggambarkan bagaimana keluarga tidak dapat menyelesaikan tugas perkembangan dan hambatannya.

c. Riwayat kesehatan keluarga inti. Jelajahi riwayat kesehatan setiap anggota keluarga inti, bekerja keras untuk mencegah dan merawat anggota keluarga yang sakit, dan menggunakan fasilitas layanan medis.

d. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya. Jelaskan kesehatan keluarga kedua orang tua.

3. Data lingkungan

a. Ciri-ciri dan denah rumah. Menjelaskan gambaran rumah, luas rumah, pembagian dan penggunaan ruang, ventilasi, kondisi rumah, tata letak furnitur, kebersihan dan sanitasi lingkungan, apakah ada saran-saran sebagai berikut: air bersih dan sistem pengolahan limbah.

b. Karakteristik tetangga dan komunitas. Menjelaskan jenis dan kondisi lingkungan hidup yang mempengaruhi kesehatan, nilai, dan norma atau aturan warga setempat.

c. Mobilitas keluarga. Ini ditentukan oleh apakah keluarga tersebut tinggal secara permanen di satu tempat atau apakah memiliki kebiasaan berpindah tempat tinggal.

d. Pertemuan keluarga dan interaksi dengan masyarakat. Menjelaskan waktu yang dihabiskan keluarga dalam berkumpul atau berinteraksi dengan komunitas tempat mereka tinggal.

e. Sistem pendukung keluarga. Sumber dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau masyarakat sekitar, serta jaminan kesehatan yang dimiliki keluarga untuk meningkatkan kesehatan.

4. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Jelaskan bagaimana menggunakan sistem tertutup dan terbuka untuk berkomunikasi antar anggota keluarga, kualitas dan frekuensi komunikasi, serta isi pesan yang disampaikan.

b. Struktur kekuasaan keluarga

Periksa kekuatan atau model kekuatan yang digunakan oleh keluarga dalam pengambilan keputusan.

c. Struktur dan peran keluarga

Menjelaskan peran setiap anggota keluarga secara formal dan informal.

d. Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai normatif yang dianut oleh keluarga dalam kelompok atau masyarakat dan bagaimana nilai dan norma tersebut mempengaruhi kesehatan keluarga.

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Evaluasi citra diri anggota keluarga, rasa memiliki keluarga, dukungan terhadap anggota keluarga, hubungan sosial dan psikologis dalam keluarga, dan bagaimana keluarga mengembangkan rasa saling menghormati.

2) Fungsi sosial

Menjelaskan hubungan antara anggota keluarga, sejauh mana anggota keluarga mempelajari disiplin, nilai, norma, dan budaya, serta perilaku umum dalam keluarga dan masyarakat.

3) Melakukan fungsi kesehatan (perawatan / pemeliharaan)

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan bagi anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga tentang kesehatan dan sakit, kemampuan keluarga untuk melaksanakan tugas perawatan keluarga yaitu:

a) Kenali masalah kesehatan keluarga

b) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang benar

c) Merawat anggota keluarga yang sakit

d) Modifikasi lingkungan

e) Memanfaatkan fasilitas sanitasi yang ada

4) Fungsi reproduksi

Evaluasi jumlah anak, jumlah anggota keluarga yang direncanakan,

dan metode apa yang digunakan keluarga untuk mengontrol jumlah anggota keluarga.

5) Fungsi ekonomi

Jelaskan bagaimana keluarga berusaha untuk memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan, serta bagaimana menggunakan lingkungan keluarga untuk meningkatkan pendapatan keluarga.

6) Stres dan coping keluarga

a) Stresor jangka pendek dan jangka panjang

Stresor jangka pendek adalah penyebab stres yang dialami keluarga yang perlu diselesaikan dalam waktu 6 bulan. Sumber tekanan jangka panjang adalah sumber tekanan yang dialami saat ini, dan situasi sumber tekanan saat ini perlu diselesaikan.

b) Kemampuan keluarga dalam menghadapi situasi / stres Kaji tingkat respons keluarga terhadap stresor yang ada

c) Strategi coping yang digunakan

Strategi penanggulangan apa yang akan diterapkan keluarga saat menghadapi masalah.

d) Strategi adaptasi disfungsi

Menjelaskan disfungsional kapasitas adaptif (perilaku keluarga non-adaptif) saat keluarga menghadapi masalah.

7) Pemeriksaan fisik

a) Status kesehatan umum

Termasuk kondisi pasien, kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital, biasanya pada penderita diabetes berat badan lebih tinggi dari normal / obesitas.

b) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, kondisi rambut, apakah leher bengkak, kondisi mata, hidung, mulut, dan kelainan pendengaran. Biasanya pada penderita DM, penglihatan kabur dan lensa kacamata buram, tinitus, lidah tebal, air liur kental dan kadang menebal, gigi mudah goyang, dan gusi mudah bengkak dan berdarah.

c) Sistem integumen

Biasanya penderita diabetes akan menemukan bahwa kulit terasa kurang penuh, dan kulit kering serta gatal, jika terdapat luka maka warna disekitar luka akan berubah menjadi merah dan kehitaman saat sudah kering. Pada luka kering, biasanya menjadi gangren.

d) Sistem pernapasan

Kaji apakah penderita sesak nafas, batuk, dahak, nyeri dada, biasanya pada penderita DM, mudah sekali menginfeksi sistem pernafasan.

e) Sistem kardiovaskular

Penderita DM biasanya mengalami penurunan perfusi jaringan, melemahnya denyut perifer, hipertensi / hipotensi, aritmia, dan hipertrofi jantung.

f) Sistem gastrointestinal

Pada penderita DM dapat terjadi polifagia, bentuk poligonal, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkar perut dan obesitas.

g) Sistem kemih

Penderita diabetes biasanya menemukan poliuria, retensi urin, inkontinensia urin, rasa terbakar atau nyeri saat buang air kecil.

h) Sistem musculoskeletal

Penderita diabetes biasanya menemukan penyebaran lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, kelelahan, kelemahan dan nyeri, serta gangren pada anggota tubuh.

i) Sistem saraf

Pada penderita DM, tangan dan kaki biasanya mengalami kehilangan sensasi, tumpul, lesu, refleks lambat, kebingungan, disorientasi, dan kesemutan.

8) Lima Fungsi kesehatan keluarga

a) Mengenali masalah kesehatan

Yang perlu dikaji adalah pengetahuan atau fakta keluarga tentang masalah kesehatan, termasuk pemahaman tentang penyakit misalkan diabetes, tanda dan gejala diabetes, faktor penyebab dan akibat dan yang mempengaruhi, serta pengetahuan keluarga tentang masalah tersebut.

b) Membuat keputusan kesehatan

Sejauh mana keluarga memahami sifat dan tingkat masalah atau penyakit misalkan diabetes. Masalah yang dirasakan keluarga, apakah keluarga pasrah terhadap masalah yang dihadapi, apakah keluarga takut akan akibat diabetes, apakah keluarga bersikap negatif terhadap gangguan kesehatan, apakah keluarga dapat

memperoleh fasilitas kesehatan yang ada, keluarga prihatin tentang masalah ini, dan apakah keluarga kurang percaya terhadap masalah kesehatan.

- c) Merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga memahami sejauh mana kondisi penyakitnya misalkan diabetes (sifat penularan, komplikasi prognostik dan cara mengobatinya). Sejauh mana pemahaman keluarga tentang sikap dan perkembangan rawat- kesehatan diabetes yang dibutuhkan, sejauh mana pemahaman keluarga tentang keberadaan sarana sanitasi yang membutuhkan perawatan, dan sejauh mana pemahaman keluarga terhadap sumber daya yang ada di dalam keluarga (tanggung jawab keluarga terhadap keuangan / sumber daya keuangan). Bagaimana sikap keluarga terhadap diabetes, dan sejauh mana pemahaman keluarga tentang sumber keluarga yang mereka miliki.

- d) Meningkatkan kesehatan lingkungan

Keluarga bisa mengubah lingkungan dengan baik

- e) Memanfaatkan fasilitas sanitasi

Keluarga dapat menggunakan fasilitas medis yang ada

E. Latihan Soal

1. Suatu tahap proses keperawatan di mana seorang perawat mengumpulkan informasi terus menerus tentang anggota keluarga dan sekitarnya disebut?

- a. Diagnosa keperawatan keluarga
- b. Pengkajian keperawatan keluarga
- c. Perumusan implementasi keluarga
- d. Perumusan intervensi keluarga
- e. Perumusan evaluasi keluarga

2. Sumber data yang didapat dari klien dan keluarga dengan mengungkapkan riwayat kesehatan mereka dan kondisi kesehatan saat ini adalah?

- a. Pemeriksaan fisik
- b. Data laboratorium
- c. Wawancara
- d. Observasi

- e. Informasi
3. Indikator dalam menentukan tingkat kemandirian keluarga adalah?
- Tidak mau menerima kehadiran petugas perawatan masyarakat
 - Menerima dengan baik pelayanan keperawatan yang diberikan
 - Tidak dapat menjelaskan masalah dengan benar
 - Tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan
 - Tidak mampu melakukan perawatan sederhana
4. Pengkajian tahap perkembangan keluarga dengan usia anak tertua dari keluarga inti disebut?
- Tahap perkembangan keluarga dengan anak prasekolah
 - Tahap perkembangan keluarga dengan anak sekolah
 - Tahap perkembangan keluarga yang belum selesai
 - Tahap perkembangan keluarga sebelumnya
 - Tahap perkembangan keluarga saat ini
5. Pengkajian lima tugas kesehatan keluarga dimana perlu dikaji pengetahuan atau fakta keluarga tentang masalah kesehatan adalah?
- Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan
 - Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat
 - Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan
 - Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
 - Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan

Kunci Jawaban :

- B
- C
- B
- E
- A

F. Rangkuman Materi

Pengkajian keluarga sangatlah kompleks, dikarenakan baik klien sebagai anggota keluarga maupun anggota keluarga yang lain serta kondisi lingkungan klien dilibatkan dalam pengkajian. Obyek pengkajian dalam pemberian asuhan keperawatan adalah keluarga dengan berbagai kebutuhan klien yang harus dikaji dengan lengkap dan akurat. Kelengkapan data pengkajian akan membantu dalam merumuskan diagnosa keperawatan keluarga yang tepat.

Data pengkajian keperawatan keluarga terdiri dari data dasar dan data fokus yang dapat diperoleh dengan menggunakan sumber data wawancara, observasi, informasi lain dari data penunjang. Tingkat kemandirian keluarga mutlak dikaji untuk menentukan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan secara sendiri. Pengkajian keluarga menggunakan model friedman terdiri dari pengkajian identitas, tahap perkembangan dan riwayat keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres, coping dan adaptasi keluarga.

G. Glosarium

Ekspektasi adalah harapan atau keyakinan yang dimiliki seseorang tentang bagaimana suatu hal seharusnya terjadi atau bagaimana seseorang seharusnya bertindak

Holistik adalah keseluruhan

Komprehensif adalah bersifat mampu menangkap (menerima) dengan baik

Kontinu adalah berkesinambungan, berkelanjutan, terus-menerus

Koping atau daya tanggulang adalah tanggapan pikiran dan perilaku terhadap situasi penuh tekanan yang bertujuan untuk mengatasi konflik yang muncul akibat situasi tersebut, baik konflik internal maupun eksternal

Nilai adalah berkaitan dengan benar dan salah yang dianut oleh golongan atau masyarakat

Norma adalah aturan atau ketentuan yang mengikat warga kelompok dalam masyarakat, dipakai sebagai panduan, tatanan, dan pengendali tingkah laku yang sesuai dan berterima;

Observasi adalah peninjauan secara cermat;

Penjajakan adalah proses, cara, perbuatan menjajaki; penelaahan; pendugaan Sistematis adalah teratur menurut sistem; memakai sistem; dengan cara yang diatur baik-baik

H. Daftar Pustaka

Caron, J., & Markusen, J. R. (2016). *Asuhan Keperawatan keluarga* (A. Kusnan & S. Susanty (eds.); first). Aureka Media Aksara.

Haris, H., Herawati, L., Norhasanah, N., & Irmawati, I. (2020). Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS) dan Tingkat Kemandirian Keluarga. *Media Karya Kesehatan*, 3(2). <https://doi.org/10.24198/mkk.v3i2.28779>

Lukman, S., Muhammadong, M., & Ilmayanti, N. (2024). Asuhan Keperawatan Keluarga pada Keluarga Tn. I dengan Anggota Keluarga Defisit Pengetahuan mengenai Penyakit ISPA. *Jurnal Keperawatan Profesional (KEPO)*, 5(1), 102–114. <https://doi.org/10.36590/kepo.v5i1.990>

Murwani, A. (2014). *Keperawatan Keluarga: konsep dan Aplikasinya*. Fitra Maya.

Nadirawati. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keerawatan Keluarga Teori dan Aplikasi Praktik* (Anna (ed.); 1st ed.). Refika Aditama.

Neti, Juniarti, et. a. (2016). *Nursing Center (Sentra Keperawatan) Sebagai Model Untuk Aplikasi Keperawatan Komunitas Dan Keperawatan Keluarga* (N. Juniarti (ed.); Vol. 19, Issue 5). Unpad Press.

Nuraeni, R. I. A. P. H. S. A., Suprapto, L. H. M. D. E. E. S., & Janah, E. N. (2023). Keperawatan Keluarga: Pendekatan Komprehensif Dalam Perawatan Kesehatan Keluarga. In N. Sulung (Ed.), *Keperawatan Keluarga* (pertama, Issue November).

BAB 8

TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Proses keperawatan sebagai pendekatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga terdiri atas lima tahap yaitu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga merupakan tahap keempat dari proses keperawatan keluarga. Pada tahap ini, perawat dapat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri dan atau bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya. Keberhasilan tindakan keperawatan dipengaruhi oleh kemampuan perawat, partisipasi klien dan keluarga, serta sarana yang tersedia.

Pada bab ini, mahasiswa akan mempelajari materi tentang bagaimana melaksanakan tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga.

Judul : Tindakan Keperawatan Keluarga.

Pengantar Penulis:

Lucia Firsty Puspita Krishna,SKM.,M.Kes.

Dosen : Program Studi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Pasar Rebo

Dosen Mata Kuliah : Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, Promosi Kesehatan Klinik, Komunikasi Dalam Keperawatan, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gerontik.

Tujuan Buku : Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.

Sasaran Pembaca : Siswa sekolah menengah kejuruan kesehatan, mahasiswa di bidang kesehatan dan tenaga profesional kesehatan.

Isi Buku: Buku ini menjelaskan tentang Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Keluarga yang di dalamnya memuat tentang :

1. Menjelaskan pengertian tindakan keperawatan keluarga.
2. Menjelaskan tujuan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga.
3. Menjelaskan prinsip pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga.
4. Menjelaskan penerapan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga.
5. Menjelaskan tahapan tindakan keperawatan keluarga.
6. Bagaimana melaksanakan tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.

Metode Pembelajaran: Penyampaian materi sesuai dengan tujuan pembelajaran secara tulisan. Pada akhir materi diberikan rangkuman materi dan latihan soal.

Pendekatan Pembelajaran: Pembelajaran aktif

Pedoman Penggunaan:

1. Pahami terlebih dahulu berbagai konsep penting yang ada pada materi.
2. Pelajari materi pada setiap bab sebelum mempelajari materi berikutnya.
3. Agar lebih mudah memahami materi, perlu mengerjakan latihan soal yang disediakan.

Daftar Isi:

1. Pengertian tindakan keperawatan keluarga.
2. Tujuan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga.
3. Prinsip pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga.
4. Penerapan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga.
5. Tahapan tindakan keperawatan keluarga.
6. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran :

1. Tujuan Instruksional:

Mampu melaksanakan tindakan keperawatan keluarga

2. Capaian Pembelajaran Lulusan:

- a. Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan secara professional dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (CPL.02).

- b. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dan menguasai keterampilan dasar keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien melalui kerja tim (CPL.03).
- c. Mampu memberikan asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mengutamakan keselamatan klien dan mutu pelayanan berdasarkan perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memperhatikan prinsip caring sesuai kode etik profesi (CPL.05).

3. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

- a. Menjelaskan pengertian tindakan keperawatan keluarga
- b. Memahami tujuan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga
- c. Memahami prinsip pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga
- d. Menjelaskan penerapan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga
- e. Menjelaskan tahapan tindakan keperawatan keluarga
- f. Melaksanakan tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga

Uraian Materi

A. Pengertian tindakan keperawatan pada keluarga

Tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang lebih baik/optimal. Kegiatan ini dapat mengkoordinasikan aktivitas klien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Perawatan langsung adalah tindakan yang diberikan oleh perawat secara langsung kepada klien, ada interaksi antara perawat dengan klien, ada partisipasi aktif klien dalam pelaksanaan tindakan. Contohnya adalah saat perawat melakukan konseling, melakukan perawatan luka, memasang infus, memberikan obat dsb. Sedangkan perawatan tidak langsung adalah tindakan yang diberikan tanpa melibatkan klien secara aktif misalnya menciptakan lingkungan yang kondusif, kolaborasi dengan tim kesehatan dsb.

B. Tujuan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga

Tujuan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga adalah membantu klien dan keluarga dalam mencapai tujuan, sasaran, dan intervensi keperawatan keluarga, serta mengevaluasi hasil dan dampak dari intervensi keperawatan keluarga yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Salamung dkk.,2021).

C. Prinsip pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga

1. Implementasi mengacu pada rencana perawatan yang dibuat.
2. Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah
3. Kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan
4. Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi

D. Penerapan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga

Pada tahap ini perawat secara berkelanjutan melakukan pengumpulan data dan memilih tindakan yang paling tepat sesuai dengan kebutuhan pasien. Semua tindakan dicatat dalam format yang telah disediakan. Tindakan keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga juga pada anggota keluarga yang lainnya, implementasi yang diterapkan pada individu 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

Tindakan keperawatan 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

Cakupan tindakan keperawatan keluarga:

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga tentang masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a. Memberikan Informasi
 - b. Memenuhi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan

2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara:
 - a. Mengidentifikasi konsekuensi bila tidak melakukan tindakan keperawatan
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga
 - c. Mengidentifikasi tentang konsekuensi tipe tindakan
3. Memberikan kepercayaan diri untuk merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang tersedia di rumah
 - c. Melakukan pengawasan saat keluarga melakukan perawatan
4. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat dengan cara:
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
5. Mendorong keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara :
 - a. Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

Selama melaksanakan prosedur, perawat diharapkan dapat terus mengumpulkan data, seperti reaksi klien terhadap tindakan dan perubahan-perubahan situasi. Perawat harus fleksibel dalam melakukan tindakan. Ide yang tidak mungkin, pandangan negatif terhadap keluarga, kurang perhatian terhadap kekuatan dan sumber keluarga, dan penyalahgunaan gender atau budaya adalah beberapa hambatan yang sering terjadi dalam melakukan tindakan keperawatan.

E. Tahapan tindakan keperawatan keluarga

1. Persiapan

Persiapan perlu dilakukan untuk menyiapkan semua hal yang diperlukan dalam tindakan. Kegiatan tersebut meliputi:

- a. Kontrak dengan keluarga
- b. Melakukan review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan. Perlu dipahami bahwa prinsip keperawatan pada dasarnya bertujuan untuk mendorong, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan klien dan keluarga.

Kriteria yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga antara lain :

- 1) Konsisten sesuai dengan rencana tindakan
 - 2) Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah
 - 3) Ditujukan kepada individu sesuai dengan kondisi klien
 - 4) Digunakan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dan aman
 - 5) Memberikan penyuluhan dan pendidikan kepada klien.
 - 6) Penggunaan sarana dan prasarana yang memadai
- c. Menganalisa pengetahuan dan ketrampilan keperawatan yang diperlukan.

Perawat harus mengidentifikasi tingkat pengetahuan dan tipe ketrampilan yang diperlukan untuk tindakan keperawatan. Hal ini tenaga kesehatan yang tepat untuk melakukan tindakan keperawatan.

- d. Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul. Tindakan yang dilakukan mungkin beresiko terhadap klien. Perawat harus menyadari kemungkinan timbulnya komplikasi sehubungan dengan tindakan yang dilakukan. Yang perlu dipersiapkan oleh perawat adalah pencegahan dan mengurangi resiko dari tindakan yang dilakukan.
- e. Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan.

Hal yang perlu dipersiapkan adalah hal yang berhubungan dengan tujuan yang dipertimbangkan, yaitu : waktu, tenaga, dan alat

1) Waktu

Waktu tindakan perawatan yang spesifik harus ditentukan secara selektif

2) Tenaga

Perawat harus memperhatikan kuantitas dan kualitas tenaga yang ada dalam melakukan tindakan keperawatan.

3) Alat

Perawat harus mengidentifikasi peralatan yang diperlukan pada tindakan.

- f. Mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan.

Lingkungan yang aman dan nyaman akan berperan terhadap keberhasilan tindakan perawatan yang dilakukan.

- g. Mengidentifikasi aspek hukum dan etik terhadap resiko dan potensial tindakan.

Pelaksanaan tindakan keperawaan harus memperhatikan: hak dan kewajiban klien, hak dan kewajiban perawat dan dokter, kode etik keperawatan dan hukum keperawatan

2. Perencanaan/intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik emosional. Kegiatan ini meliputi:

- a. Kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk mengajarkan kepada klien dan keluarga.
- b. Merujuk kepada tenaga yang lain jika ada indikasi dan diijinkan oleh tenaga keperawatan.
- c. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis. Partisipasi dengan tenaga kesehatan lain dalam meningkatkan pelayanan kesehatan.

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan keluarga, ada tiga pendekatan yang meliputi tindakan independen, interdependen, dan dependen. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktik keperawatan.

a. Independen

Tindakan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe dari aktivitas yang dilaksanakan perawat secara independen didefinisikan berdasarkan diagnosa keperawatan. Tindakan tersebut merupakan suatu respon, karena perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalamannya.

Lingkup tindakan independen keperawatan adalah:

- 1) mengkaji klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien;
- 2) merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respon klien yang memerlukan intervensi keperawatan;

- 3) mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan;
- 4) melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukkan, mendukung, dan mengajarkan kepada klien atau keluarga;
- 5) merujuk kepada tenaga kesehatan lain, ada indikasi dan diijinkan oleh tenaga keperawatan klien;
- 6) mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis;
- 7) partisipasi dengan konsumen atau tenaga kesehatan lain dalam meningkatkan mutu pelayanan

Tipe tindakan independen keperawatan dikategorikan menjadi 4 yaitu:

1) Tindakan Diagnostik

Tindakan ini ditujukan pada pengkajian dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan. Tindakan tersebut meliputi :

- a) Wawancara dengan klien untuk mendapatkan data subyektif, keluhan klien, persepsi tentang penyakitnya, dan riwayat penyakit.
- b) Observasi dan pemeriksaan fisik : tindakan untuk mendapatkan data obyektif, meliputi : observasi kesadaran dan tandatanda vital (suhu, nadi, tekanan darah dan pernafasan).
- c) Pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan pendekatan sistem atau *head to toe*. Tindakan ditujukan untuk mengurangi, mencegah dan mengatasi masalah klien.

2) Tindakan terapeutik

Tindakan ini ditujukan untuk merubah perilaku klien melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada klien.

3) Tindakan edukatif

Tindakan ini lebih ditekankan pada kemampuan perawat dalam mengambil suatu keputusan klinik tentang keadaan klien dan kemampuan untuk melakukan kerjasama dengan tim kesehatan lain.

4) Tindakan merujuk

b. Interdependen

Tindakan keperawatan interdependen adalah tindakan yang lebih memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya dokter, ahli gizi, fisioterapi, tenaga sosial dan sebagainya.

c. Dependen

Tindakan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilakukan.

3. Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan harus diikuti dengan pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

F. Latihan Soal

1. Salah satu tindakan keperawatan dependen yang dilakukan oleh perawat ketika kunjungan rumah dengan anggota keluarga penderita Hipertensi adalah dengan?
 - a. memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit Hipertensi
 - b. memberikan konseling pada keluarga
 - c. melakukan observasi tanda-tanda vital
 - d. memberikan obat hipertensi
 - e. melakukan pemeriksaan fisik

2. Perawat mengajarkan cara pembuatan oralit pada ibu dengan balita diare. Tindakan yang dilakukan perawat tersebut termasuk tindakan?
 - a. dependen
 - b. Independen
 - c. interdependen
 - d. rujukan
 - e. nondependen

3. Lingkup tindakan independen yang dilakukan oleh perawat adalah?
 - a. memberikan obat-obatan
 - b. melakukan pemeriksaan fisik
 - c. melakukan tindakan invasif
 - d. memberikan obat antibiotika
 - e. memberikan kompres hangat

4. Kerja sama dengan petugas Fisioterapi untuk latihan pergerakan termasuk lingkup tindakan?
 - a. Dependen
 - b. Independen
 - c. Interdependen
 - d. Kolaborasi
 - e. Rujukan
5. Seorang perawat keluarga yang sedang melakukan kunjungan rumah pada keluarga dengan stroke memberikan penyuluhan kesehatan tentang perawatan hipertensi. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah?
 - a. Sarana dan prasarana yang ada
 - b. Tingkat hipertensi yang diderita
 - c. Kemampuan menerima pesan
 - d. Dukungan masyarakat setempat
 - e. Kemampuan perawat

Kunci Jawaban

1. D
2. B
3. B
4. C
5. C

G. Rangkuman Materi

Perawatan keluarga merupakan suatu pelayanan yang komprehensif dan memerlukan pengetahuan serta keterampilan mendalam bagi perawat. Tindakan keperawatan yang dilakukan, berfokus pada upaya untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan klien dan keluarga. Tahapan tindakan keperawatan keluarga adalah persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi, sedangkan tipe tindakan keperawatan keluarga terdiri atas tiga tipe, yaitu independen, dependen, dan interdependen. Setiap tindakan keperawatan yang dilakukan membutuhkan partisipasi dari klien dan keluarga. Selain tindakan mandiri perawat, kerja sama dengan tim kesehatan lain juga merupakan unsur penting dalam menyelesaikan masalah kesehatan klien dan keluarga.

H. Glosarium

CPL : Capaian Pembelajaran Lulusan

I. Daftar Pustaka

Andarmoyo, S. (2012). Keperawatan Keluarga : Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan Yogyakarta : Graha Ilmu

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori, dan Praktik. Jakarta: EGC.

Kamsari, H. (2022). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.

Kholifah, S. N. W. (2016). Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta Selatan : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Nies, Ewan. 2019. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Edisi Pertama Bahasa Indonesia. Singapore: Elsevier.

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.

Riyadi, Sukrillah, dkk. (2024). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Pubalingga: Eurika Media Aksara

Rohmah, N., & Walid, S. (2010). Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Salamung, Niswa, dkk .(2021). KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING). Duta Media Publishing.

Setiawan,R. (2016). Teori dan Praktek Keperawatan Keluarga. Semarang : Unnes Press.

Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC

Wahyuni,Tri., Parliani. (2021). Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dilengkapi Riset & Praktik. CV Jejak.

PROFIL PENULIS



Lucia Firsty Puspita Krishna, S.K.M., M.Kes. Lahir pada tanggal 19 Februari 1973 di Cilacap, Jawa Tengah. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi, Universitas Indonesia tahun 2023. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Respati Indonesia Peminatan Promosi Kesehatan tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1993 -1998 sebagai Perawat RS Swasta di Jakarta. Sejak tahun 1998 – saat ini bekerja di Akademi Keperawatan Pasar Rebo mengampu mata kuliah Etika Keperawatan, Promosi Kesehatan, Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi dan seminar-seminar keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: lucifirsty@gmail.com
Motto : "Dengan membaca kamu mengenal dunia. Dengan menulis kamu dikenal dunia"



Sutiyah Heni, S.Kep.Ns., M.Kes. Lahir di Kediri, 12 Januari 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri Tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus tahun pada tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2009. Saat ini penulis bekerja di Program Studi D3 Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri mengampu mata kuliah Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, Anatomi Fisiologi, Promosi Kesehatan Klinik, Keperawatan Keluarga, Komunikasi Dalam Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, pembuat soal ujian kompetensi, pembuat soal ujian OSCE, pembiacara dalam acara seminar, lolos di praktisi mengajar 4 sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga semester genap Tahun Akademik 2023/2024. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: sutiyah.heni@gmail.com

Motto: Disaat Terpuruk Segeralah Bangkit, Jangan Diam Dalam Keterpurukan. Ingatlah Bahwa Allah SWT Selalu Ada Untuk Kita

PROFIL PENULIS



Heri Triwibowo, SKM., SKep., Ns., M.Kes. Lahir di Magetan, 24 Juli 1976. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga tahun 2000 dan S1 Keperawatan UNIPDU Jombang tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 UNS dan lulus tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2003 AKPER Bina Sehat PPNI, STIKes Bina Sehat sampai berubah jadi Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto. Saat ini penulis bekerja di Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto mengampu mata kuliah Keluarga, Gerontik, Promkes, Antropologi, Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: heriubsppni@gmail.com



Praty Milindasari, M.Kes. Lahir di Jakarta, 09 Agustus 1980. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 Keperawatan pada Perguruan Tinggi MH. Thamrin Jakarta, tahun 2001. Jenjang S1 Kesehatan Masyarakat di Perguruan Tinggi/Universitas Mitra Lampung pada tahun 2004. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Mitra Lampung dan lulus tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali dengan menjadi perawat pelaksana di Rumah Sakit Internasional MH.Thamrin Jakarta pada tahun 2021. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Akademi Keperawatan Bunda Delima Bandar Lampung sejak tahun 2005. Mengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga, Keperawatan Dasar, Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, Ilmu Komplementer, dan Metodologi Penelitian. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku Metodologi Peneltian, Bookchapter, Bunga Rampai, publikasi Jurnal Internasional terindeks Scopus, Jurnal terakreditasi Nasional dan tidak terakreditasi, dan SINTA 3,4,5. Seminar Nasional dan Internasional, Peneltian dan Pengabdian Kepada Mayarakat. Penulis aktif di organisasi PPNI Pendidikan Kota Bandar Lampung sejak tahun 2018-sekarang. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: pratypramono@gmail.com

PROFIL PENULIS



Anni Sinaga, S.Kp., M.Kep. Lahir di Duri, 01 April 1976. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Padjadjaran tahun 2001, Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan Komunitas, Universitas Padjadjaran pada Universitas 2011 dan lulus tahun pada tahun 2013. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2001, dosen di Akademi Keperawatan Immanuel, yang saat ini sudah menjadi Institut kesehatan Immanuel Bandung dan sampai sekarang menjadi tempat penulis bekerja, mengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga prodi D3 Kep, Keperawatan Komunitas prodi S1 Kep, dan keperawatan Gerontik prodi D3 Keperawatan, dan membimbing area Komunitas Keluarga gerontik di area Prodi Ners. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku Ajar SOP Keperawatan dasar, Buku Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Dengan Berbagai Masalah Kesehatan, Publikasi Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Dengan Berbagai Masalah Kesehatan, Publikasi KnE Life Sciences dengan judul The Effect Of Health Promotion On Family Knowledge And Attitude In Preventing The Covid-19 Pandemic, Oral Persentation di IC dengan judul Parents' experiences in dealing with the development of adolescent Autistic Sexuality in West Java Province: A Phenomenological Study. Aktif mengikuti pelatihan diantaranya Penulisan artikel pada jurnal internasional bereputasi, Pelatihan penulisan Bookchapter, Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: annisinaga1@gamial.com
Motto: Rajin, tekun dan jangan pernah menyerah.



Ratna Kusuma Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep lahir di Sukoharjo, 10 Maret 1989. Merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Surakarta pada tahun 2011 dan pendidikan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Surakarta pada tahun 2012. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan S2 Magister Keperawatan dengan peminatan Nursing Education di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2017. Saat ini Penulis aktif sebagai Dosen di Program Studi Diploma Tiga Keperawatan, Politeknik Insan Husada Surakarta dan aktif mengajar mata kuliah: Keperawatan Keluarga dan Promosi Kesehatan.

Email penulis: ratnakusuma@polinsada.ac.id

Motto : tak ada kata terlambat untuk melakukan perubahan. Masa lalu hanyalah pendewasaan diri. Hidupmu tak ditentukan oleh orang lain, selain kamu.

PROFIL PENULIS



Ns. Lailiyatul Munawaroh, M.Kep. Lahir di Gresik, 21 Mei 1996. Penulis merupakan anak Ketiga dari 3 bersaudara dari pasangan Bapak M. Rohim dan Ibu Syarifah. Riwayat Pendidikan penulis yaitu MI Al-Karimi (2008), MTS Al-Karimi 1 (2011), SMAN 1 Manyar (2014). Penulis menyelesaikan Sarjana Keperawatan (S1) dan Profesi Ners di Universitas Indonesia pada tahun 2019. Penulis melanjutkan pendidikan S2 peminatan keperawatan komunitas di Program Studi Magister Keperawatan-Universitas Brawijaya dan lulus tahun 2024. Penulis saat ini merupakan staff pengajar di Akademi Keperawatan Pelni pada departemen keperawatan komunitas. Penulis memiliki kompetensi dibidang keperawatan komunitas dan keperawatan keluarga. Penulis dapat dihubungi melalui email.
Email penulis: lailiyatul.munawaroh@gmail.com



Enik Suhariyanti, S.Kep.,Ners.,M.Kep. Lahir di Temanggung Jawa Tengah pada tanggal 19 Januari 1976. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan (1997) di PAM Keperawatan Dep Kes Semarang, S1 Keperawatan (2002) dan Program Profesi Ners (2004) di PSIK FK Universitas Airlangga Surabaya, S2 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya (2013), saat ini sedang menjalani pendidikan S3 Keperawatan semester 6 di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan peminatan Keperawatan Keluarga, Komunitas dan Gerontik.

Penulis aktif sebagai dosen tetap Keperawatan di FIKES Univ. Muh. Magelang sejak tahun 2003 dan FIKES Univ. Galuh Ciamis sejak tahun 2022, mengampu mata kuliah Komunikasi Dasar Keperawatan, Pemenuhan Kebutuhan Manusia, Promosi Kesehatan, Keperawatan Kritis, Keperawatan Bencana serta Keperawatan Keluarga, Komunitas dan Gerontik. Pengalaman organisasi penulis aktif di organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI), serta aktif di DPD PPNI Kabupaten Ciamis sebagai anggota. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: esuhariyanti@gmail.com

Motto hidup yakni "Maju Terus Pantang Mundur-Bismillah Kita Bisa."

SINOPSIS

Buku Ajar Keperawatan Keluarga DIII Keperawatan ini membahas materi lengkap terkait konsep kesehatan keluarga dan komunitas disertai bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada keluarga. Buku ini sangat aplikatif sehingga dapat digunakan, baik untuk mahasiswa di tingkat akademik dan profesi maupun praktisi keperawatan. Selain itu, penyusunan buku ajar keperawatan keluarga ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang holistik, komprehensif, dan berkelanjutan, membantu mahasiswa dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan menyelesaikan masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan; mendorong mahasiswa untuk mengembangkan sikap profesional, etis, dan humanis dalam berinteraksi dengan keluarga sebagai klien serta menstimulasi mahasiswa untuk melakukan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan keluarga. Dalam buku ajar keperawatan keperawatan keluarga ini disajikan pokok-pokok bahasan antara lain:

1. Konsep pelayanan kesehatan primer
2. Konsep komunitas
3. Konsep keluarga
4. Model konseptual keperawatan keluarga
5. Tren dan issue keperawatan keluarga
6. Manajemen sumber daya keluarga
7. Asuhan keperawatan keluarga
8. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga
9. Tindakan keperawatan keluarga
10. Aplikasi asuhan keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan sesuai tahap perkembangan.

Buku Ajar Keperawatan Keluarga ini membahas materi lengkap terkait konsep kesehatan keluarga dan komunitas disertai bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada keluarga. Buku ini sangat aplikatif sehingga dapat digunakan, baik untuk mahasiswa di tingkat akademik dan profesi maupun praktisi keperawatan. Selain itu, penyusunan buku ajar keperawatan keluarga ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang holistik, komprehensif, dan berkelanjutan, membantu mahasiswa dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan menyelesaikan masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan; mendorong mahasiswa untuk mengembangkan sikap profesional, etis, dan humanis dalam berinteraksi dengan keluarga sebagai klien serta menstimulasi mahasiswa untuk melakukan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan keluarga. Dalam buku ajar keperawatan keperawatan keluarga ini disajikan pokok-pokok bahasan antara lain :

1. Konsep pelayanan kesehatan primer
2. Konsep komunitas
3. Konsep keluarga
4. Model konseptual keperawatan keluarga
5. Tren dan issue keperawatan keluarga
6. Manajemen sumber daya keluarga
7. Asuhan keperawatan keluarga
8. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga
9. Tindakan keperawatan keluarga
10. Aplikasi asuhan keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan sesuai tahap perkembangan.

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8775-21-7



9 78623 775217