



KEPERAWATAN KELUARGA



I Gede **Purnawinadi** • Ani **Nuraeni** • Nova **Gerungan**
Lovely **Sepang** • Ellen **Padaunan** • Dely **Maria**
Ressa Andriyani **Utami** • IGA Dewi **Purnamawati**
Angelia Friska **Tendean** • Theresia Febriana Christi Tyas **Utami**

KEPERAWATAN KELUARGA



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Keperawatan Keluarga

I Gede Purnawinadi, Ani Nuraeni, Nova Gerungan
Lovely Sepang, Ellen Padaunan, Dely Maria
Ressa Andriyani Utami, IGA Dewi Purnamawati
Angelia Friska Tendean, Theresia Febriana Christi Tyas Utami



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keperawatan Keluarga

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

I Gede Purnawinadi, Ani Nuraeni, Nova Gerungan
Lovely Sepang, Ellen Padaunan, Dely Maria
Ressa Andriyani Utami, IGA Dewi Purnamawati
Angelia Friska Tendean, Theresia Febriana Christi Tyas Utami

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

I Gede Purnawinadi., dkk.

Keperawatan Keluarga

Yayasan Kita Menulis, 2023

xiv; 148 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-888-0

Cetakan 1, Juli 2023

- I. Keperawatan Keluarga
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa penulis panjatkan sehingga buku ini dapat selesai dengan baik. Buku ini menjadi sumber referensi terkait ilmu keperawatan keluarga secara khusus dan komunitas secara umum.

Diharapkan dengan adanya buku tentang keperawatan keluarga ini dapat memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, baik pelayanan primer maupun sekunder dan tersier. Munculnya berbagai masalah kesehatan di masyarakat memaksa perawat untuk mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan dengan pendekatan yang berbeda-beda, termasuk keperawatan keluarga, dimana keluarga sebagai satu unit terkecil dalam masyarakat dan selalu membaca referensi yang terkini, rujukan berbasis bukti untuk memungkinkan perawat memberikan layanan profesional dalam perawatan komunitas dan keluarga.

Secara komprehensif buku “Keperawatan Keluarga” ini disusun dalam beberapa bab yaitu:

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

Bab 2 Fokus, Evolusi, Dan Tujuan Keperawatan Keluarga

Bab 3 Tipe-Tipe Keluarga

Bab 4 Struktur Peran Dan Fungsi Keluarga

Bab 5 Peran Dan Fungsi Perawat Dalam Keperawatan Keluarga

Bab 6 Komunikasi Dan Edukasi Dalam Keperawatan Keluarga

Bab 7 Etika Dalam Keperawatan Keluarga

Bab 8 Proses Keperawatan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah Dan Remaja

Bab 9 Proses Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Psikososial

Bab 10 Evaluasi Dan Tindak Lanjut Dalam Keperawatan Keluarga

Penulis berharap semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan berkontribusi dalam perkembangan keilmuan keperawatan serta menambah wawasan kepada para pembaca terlebih khusus bagi tenaga keperawatan dilayanan kesehatan berbasis komunitas bahkan bagi calon perawat yang masih menempuh pendidikan keperawatan.

Penulis menyadari buku ini tidak lepas dari kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran dari semua para pembaca baik para praktisi dan akademisi dapat digunakan untuk penyempurnaan buku ini menjadi lebih baik lagi.

Juni 2023

Penulis,

I Gede Purnawinadi, dkk.

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian Keperawatan Keluarga	3
1.3 Prinsip Dasar Keperawatan Keluarga	4
1.3.1 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga	5
1.3.2 Indikator Keluarga Sehat	8

Bab 2 Fokus, Evolusi, Dan Tujuan Keperawatan Keluarga

2.1 Pendahuluan	11
2.2 Sejarah Keperawatan Keluarga	12
2.3 Batasan Keperawatan Keluarga	15
2.3.1 Keluarga Sebagai Konteks	15
2.3.2 Keluarga Sebagai Klien	16
2.3.3 Keluarga Sebagai Sistem	16
2.3.4 Keluarga Sebagai Komponen Masyarakat	17
2.4 Issue Dalam Keperawatan Keluarga	17
2.5 Tujuan Keperawatan Keluarga	19
2.5.1 Pencegahan Primer	19
2.5.2 Pencegahan Sekunder	21
2.5.3 Pencegahan Tersier	21

Bab 3 Tipe-Tipe Keluarga

3.1 Pendahuluan	23
3.2 Nuclear Family	24
3.3 Single Parent Family	26
3.4 Extended Family	29
3.5 Blended Family	30
3.6 Foster Family	31
3.7 Peran Perawat Dalam Keperawatan Keluarga	33

Bab 4 Struktur Peran Dan Fungsi Keluarga

4.1 Pendahuluan.....	35
4.2 Struktur Keluarga	36
4.2.1 Definisi Struktur Keluarga	36
4.2.2 Ciri-Ciri Dari Struktur Keluarga.....	36
4.2.3 Tipe Struktur Keluarga.....	37
4.2.4 Elemen Dalam Struktur Keluarga	38
4.3 Struktur Peranan Keluarga.....	40
4.4 Struktur Fungsi Keluarga	41

Bab 5 Peran Dan Fungsi Perawat Dalam Keperawatan Keluarga

5.1 Peran Perawat Keluarga	45
5.1.1 Pelaksana	46
5.1.2 Pendidik.....	46
5.1.3 Konselor	47
5.1.4 Kolaborator	47
5.1.5 Advokad	47
5.1.6 Koordinator	48
5.1.7 Fasilitator	48
5.1.8 Case Manager	48
5.1.9 Role Model.....	49
5.2 Fungsi Perawat Keluarga	50
5.2.1 Fungsi Independen.....	50
5.2.2 Fungsi Dependen	50
5.2.3 Fungsi Interdependen	51

Bab 6 Komunikasi Dan Edukasi Dalam Keperawatan Keluarga

6.1 Pendahuluan.....	53
6.2 Komunikasi	53
6.2.1 Komunikasi Perubahan Perilaku	54
6.2.2 Kategori Kie.....	54
6.2.3 Kerangka Dalam Mengembangkan Komunikasi Kesehatan	55
6.3 Edukasi Keluarga.....	56
6.3.1 Edukasi Kesehatan/Pendidikan Kesehatan	56
6.3.2 Hubungan Pendidikan Kesehatan Dengan Perilaku Dan Sikap Pada Keluarga	57
6.3.3 Langkah Langkah.....	57
6.3.4 Pemilihan Media.....	59
6.3.5 Strategi Implementasi Edukasi Kesehatan Dalam Keluarga.....	60

Bab 7 Etika Dalam Keperawatan Keluarga

7.1 Pendahuluan.....	63
7.2 Etika Keperawatan	64
7.2.1 Pengertian Etika Keperawatan.....	64
7.2.2 Tujuan Kode Etik Keperawatan	65
7.2.3 Fungsi Kode Etik Keperawatan.....	67
7.3 Etika Dalam Keperawatan Keluarga.....	68
7.3.1 Prinsip Etik Keperawatan.....	68
7.3.2 Kode Etik Keperawatan Indonesia.....	70
7.3.3 Dampak Pelanggaran Etika Keperawatan	72
7.3.4 Pemecahan Dilema Etik Keperawatan.....	73

Bab 8 Proses Keperawatan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah Dan Remaja

8.1 Pendahuluan.....	75
8.2 Pertumbuhan Dan Perkembangan Usia Sekolah Dan Remaja.	76
8.2.1 Pertumbuhan	76
8.2.2 Perkembangan.....	76
8.3 Tugas Perkembangan Dan Kesehatan Keluarga	78
8.4 Proses Keperawatan Keluarga.....	79
8.4.1 Pengkajian	79
8.4.2 Diagnosis Keperawatan.....	80
8.4.3 Perencanaan	82
8.4.4 Implementasi.....	89
8.4.5 Evaluasi	90

Bab 9 Proses Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Psikososial

9.1 Pendahuluan.....	91
9.1.1 Definisi	91
9.1.2 Penyebab	92
9.1.3 Tanda Dan Gejala	94
9.1.4 Proses Keperawatan	95
9.2 Koping Keluarga Tidak Efektif.....	98
9.2.1 Definisi	98
9.2.2 Tanda Dan Gejala	99
9.2.3 Penyebab	100
9.2.4 Proses Keperawatan	102
9.3 Keputusan.....	106
9.3.1 Definisi	106

9.3.2 Penyebab	106
9.3.3 Tanda Dan Gejala	107
9.3.4 Proses Keperawatan.....	108

Bab 10 Evaluasi Dan Tindak Lanjut Dalam Keperawatan Keluarga

10.1 Pendahuluan.....	111
10.2 Definisi Evaluasi Keperawatan	113
10.3 Jenis Evaluasi Keperawatan Keluarga.....	114
10.4 Komponen Evaluasi Keperawatan Keluarga	115
10.4.1 Mengumpulkan Data Terkait Dengan Hasil Yang Diinginkan .	116
10.4.2 Membandingkan Data Dengan Hasil Yang Diinginkan.....	116
10.4.3 Menghubungkan Tindakan Keperawatan Dengan Hasil	117
10.4.4 Menarik Kesimpulan Tentang Status Masalah	118
10.4.5 Melanjutkan, Memodifikasi, Atau Mengakhiri Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga	119
10.5 Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan Keluarga	121
Daftar Pustaka	125
Biodata Penulis	143

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Kerangka Konseptual Keperawatan Keluarga	6
Gambar 1.2: Pendekatan Keperawatan Keluarga.....	8
Gambar 10.1: Hubungan Evaluasi Dengan Proses Keperawatan.....	112
Gambar 10.2: Komponen dalam Evaluasi Keperawatan Keluarga	116

Daftar Tabel

Tabel 8.1: Analisa Data	79
Table 8.2: Penapisan Masalah (scoring)	80
Tabel 8.3: Perencanaan Keperawatan Keluarga.....	82
Tabel 10.1: Evaluasi Keperawatan Keluarga.....	115
Tabel 10.2: Contoh Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan Keluarga ...	121

Bab 1

Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

1.1 Pendahuluan

Selama lebih dari setengah abad, dikenal sebagai perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga, filosofi keperawatan ini menganjurkan perubahan besar dalam perawatan kesehatan dari patriarki dan pengawasan menjadi kemitraan, martabat dengan rasa hormat, serta berbagi informasi, partisipasi, dan kerja sama dengan pasien dan keluarga (Bell, 2013). Kesehatan masyarakat mengacu pada status kesehatan individu, keluarga, maupun kelompok. Sasaran program kesehatan masyarakat adalah untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan tidak hanya orang sakit, tetapi juga kelompok berisiko bahkan orang sehat (Khotimah et al., 2022).

Tujuan pembangunan kesehatan nasional dalam sistem kesehatan nasional dirancang agar seluruh penduduk dapat hidup sehat guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sesuai dengan Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 72 Tahun 2012 (Purnawinadi, Danes and Kandou, 2016). Keluarga juga merupakan sumber untuk sebagian besar perawatan kesehatan preventif. Sikap dan keyakinan tentang kesehatan dan penyakit sering berasal dari dalam keluarga kita sendiri dan oleh karena itu

penting sebagai perawat ketika bekerja dengan pasien dan keluarga mereka, kita terlibat dengan mereka untuk memahami pengalaman mereka tentang kesehatan dan penyakit dan perspektif budaya yang mendorong ini.

Masalah kesehatan masyarakat sangat beragam, mulai dari penyakit menular bahkan peralihan epidemiologi ke penyakit tidak menular dengan faktor yang berbeda-beda (Purnawinadi and Pontoh, 2021). Riset kesehatan penting untuk memperluas pengetahuan dan meningkatkan kualitas layanan melalui pengembangan ide-ide baru dalam perawatan kesehatan (Frisca et al., 2022). Kesehatan masyarakat harus dimulai dari individu, dan pengetahuan menjadi faktor fundamental dalam menentukan pola hidup sehat (Purnawinadi and Ludji, 2019). Kegiatan penyuluhan kesehatan baik secara individu maupun masyarakat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat baik yang belum tahu, yang tidak ingin tahu maupun yang tidak mampu (Purnawinadi and Kumayas, 2019).

Berbagai program telah dilaksanakan untuk mencegah penularan penyakit, mendidik dan mengatasi kasus, baik secara individu maupun kolektif. Ketika komunitas menjadi lebih kompleks, metode pengendalian penyakit juga berubah. (Rahmadani et al., 2023). Pencegahan penyakit dapat dipahami sebagai tindakan yang ditujukan untuk mencegah, menunda, mengurangi, memberantas, dan menghilangkan penyakit dan cedera melalui penerapan satu atau lebih tindakan yang telah terbukti efektif (Sari et al., 2021). Ada kebanggaan tersendiri mempelajari sejarah keperawatan profesional karena dapat mengingatkan kembali pengalaman masa lalu yang telah berkontribusi besar dan sekarang akhirnya kita bisa merasakan hasilnya. Sejarah keperawatan profesional membuka mata kita tentang bagaimana keperawatan telah berevolusi, tantangan apa yang dihadapi keperawatan, dan apa yang dapat dicapai keperawatan di masa depan. Pengetahuan masa lalu dan pemahaman praktik keperawatan sebelumnya memberikan kesempatan untuk menerapkan pengalaman dan pelajaran yang dapat dimanfaatkan sekarang dan di masa depan (Manalu et al., 2021).

Di banyak negara, semakin dikenal kebutuhan akan perawat keluarga yang merawat pasien dan klien serta keluarganya, di segala usia sejak lahir hingga akhir hayat. Keperawatan keluarga meliputi penilaian kesehatan dan kesejahteraan fisik dan psikologis anggota keluarga, kapasitas dan kemampuan keluarga untuk memberikan perawatan dan dukungan bagi pasien atau klien dan jika sesuai, penggunaan intervensi keperawatan untuk memberikan dukungan kepada keluarga dan untuk memfasilitasi keluarga. bakat dan

kompetensi mengelola kesehatan dan kesejahteraan anggota keluarga selama pasien atau klien sakit. Dengan memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga, dampak penyakit pada keluarga yang lebih luas dapat dikelola, mencegah masalah jangka panjang yang seringkali dapat memengaruhi pengasuh keluarga seperti depresi dan kelelahan, bahkan hilangnya hubungan jangka panjang. Semua hasil negatif yang telah terbukti dapat dicegah jika keluarga diberikan dukungan yang sesuai (Stones, 2020a).

1.2 Pengertian Keperawatan Keluarga

Keluarga merupakan sekelompok orang yang dipersatukan oleh perkawinan, darah, atau adopsi untuk membentuk rumah tangga. Dalam peran sosialnya sebagai suami istri, ibu dan ayah, putra dan putri, kakak dan adik, mereka berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain, menciptakan dan memelihara budaya bersama. Menurut Merriam-Webster Dictionary, keluarga adalah unit dasar masyarakat secara tradisional terdiri dari orang tua dan anak-anak mereka. Keluarga adalah rumah tangga dan saling berinteraksi dalam kedudukan sosialnya masing-masing (Bernard, 2023).

Perawatan kesehatan keluarga adalah seni, ilmu, filosofi, dan cara berinteraksi dengan keluarga tentang perawatan kesehatan. Ini telah berkembang sejak awal 1980-an sebagai cara anggota untuk berpikir dan bekerja dengan keluarga mereka ketika mereka mengalami masalah kesehatan. Filosofi dan praktik ini mencakup premis-premis berikut: Kesehatan dan penyakit memengaruhi seluruh keluarga, kesehatan dan penyakit adalah peristiwa keluarga, dan keluarga memengaruhi proses dan hasil medis. Semua praktik medis, sikap, keyakinan, tindakan dan keputusan terjadi dalam sistem keluarga dan komunitas yang lebih besar (Kaakinen et al., 2015).

Keperawatan keluarga adalah bagian dari perawatan primer yang diberikan kepada pasien dari segala usia, mulai dari kesehatan bayi hingga geriatri. Perawat menilai kesehatan seluruh keluarga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan faktor risiko, membantu mengembangkan intervensi untuk mengatasi masalah kesehatan dan menerapkan intervensi untuk meningkatkan kesehatan individu dan keluarga. Perawat keluarga sering bekerja dengan pasien sepanjang siklus hidup mereka. Ini membantu menumbuhkan hubungan yang kuat antara penyedia layanan kesehatan dan pasien.

Keperawatan keluarga bukanlah perawatan yang berpusat pada pasien seperti perawatan unit keluarga. Ini juga membutuhkan pendekatan tim untuk perawatan kesehatan.

Perawatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang mengkoordinasikan atau berfokus pada keluarga sebagai unit yang harus dipertahankan atau sebagai unit goal-to-health. Asuhan keperawatan keluarga merupakan serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk keluarga dan dilaksanakan untuk memecahkan masalah kesehatan keluarga dengan pendekatan proses keperawatan (Rahayu et al., 2022). Perawatan kesehatan di masa depan akan lebih bergantung pada dukungan keluarga dan lainnya dalam jejaring sosial di sekitar pasien yang memberikan dukungan dan perawatan yang dibutuhkan.

1.3 Prinsip Dasar Keperawatan Keluarga

Keluarga bervariasi dalam struktur, fungsi, dan proses, sehingga memengaruhi dan dipengaruhi oleh status kesehatan masing-masing anggota keluarga dan status kesehatan keseluruhan keluarga. Bahkan dalam budaya tertentu, keluarga berbeda karena setiap keluarga memiliki budayanya sendiri. Perawat harus memiliki pengetahuan tentang teori keluarga dan struktur, fungsi, dan proses yang membantu keluarga mencapai atau mempertahankan kesehatan. Melihat keluarga sebagai unit perawatan mengharuskan pengasuh untuk mengambil pandangan yang lebih luas untuk memenuhi kebutuhan kesehatan baik anggota keluarga individu maupun keluarga secara keseluruhan.

Keperawatan keluarga termasuk dalam ruang lingkup praktik semua perawat, intervensi yang ditujukan pada perubahan sistem membutuhkan pemahaman holistik tentang hubungan yang kompleks antara komponen sistem keluarga dan keterampilan spesialis klinis. Keperawatan keluarga dapat dan harus dilakukan oleh semua perawat. Perawat generalis dilengkapi untuk merawat keluarga yang berfungsi relatif baik pada tingkat individu dan tingkat interpersonal. Keperawatan sistem keluarga dan keperawatan interpersonal lanjut dari keluarga dengan disfungsi dicadangkan untuk spesialis klinis lanjutan dari semua spesialis keperawatan yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam teori dan praktik keluarga (Friedemann, 1989).

Sementara kita tahu bahwa perawatan yang berpusat pada keluarga didukung secara luas dan meningkatkan kesejahteraan (O'Connor, Brenner and Coyne, 2019). Perawatan yang berpusat pada keluarga (FCC) telah dipromosikan sebagai filosofi optimal untuk anak-anak dan keluarga dalam interaksi mereka dengan profesional kesehatan. Selanjutnya, FCC adalah model pemberian pelayanan kesehatan yang berupaya melibatkan keluarga secara penuh dalam perawatan anak melalui pendekatan yang saling menghargai dan mendukung. Survei multisite ini dilakukan untuk menentukan perbedaan persepsi dan praktik profesional kesehatan tentang FCC dan untuk memeriksa faktor-faktor yang memengaruhi persepsi dan praktik tersebut. Temuan mengungkapkan bahwa meskipun kemajuan telah dibuat dalam mengenali elemen kunci FCC, masih ada kesulitan dalam mengimplementasikan elemen-elemen ini. "Dilema membantu," potensi kurangnya kerjasama interprofesional, desain dari sistem pelayanan kesehatan, serta potensi kurangnya pendidikan berkelanjutan dan program pendampingan diusulkan sebagai penjelasan untuk temuan ini (Bruce et al., 2002).

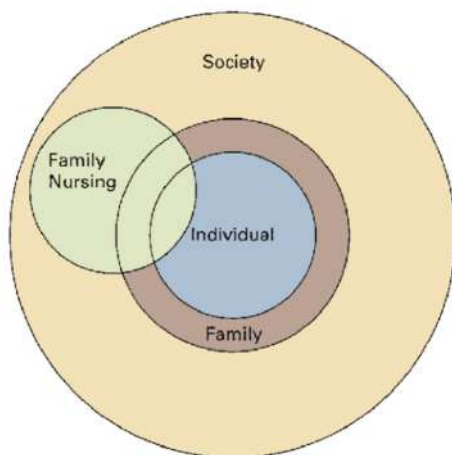
1.3.1 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

Keperawatan komunitas adalah sintesis praktik keperawatan dan kesehatan untuk mempromosikan dan memelihara kesehatan masyarakat. Perawatan kesehatan masyarakat menargetkan individu, terutama anak-anak kurang gizi. Ibu hamil risiko tinggi, lansia, dan penderita penyakit menular. Kelompok sasaran perawatan keluarga adalah keluarga yang rentan terhadap masalah kesehatan dan prioritasnya, sedangkan kelompok khusus menyoal orang sehat dan sakit yang mendapat pelayanan kesehatan dan medis (Sinaga et al., 2022).

Keperawatan didefinisikan oleh International Council of Nurses (ICN) sebagai berikut: keperawatan mencakup perawatan mandiri dan kooperatif individu dari segala usia, keluarga, kelompok, komunitas, dan di semua rentang, sakit atau sehat. Dalam definisi ini, keluarga ditunjuk sebagai bagian dari tanggung jawab profesional perawat. Ketika keluarga menjadi semakin bertanggung jawab untuk perawatan, ada saling ketergantungan yang progresif dalam keluarga sehingga kita, sebagai perawat, tidak bisa hanya mengutamakan pasien. Perawat tidak bisa lagi mengabaikan kebutuhan keluarga karena keluarga ini menjadi mitra penting dalam perawatan pasien (Luttik, 2020).

Keperawatan keluarga adalah suatu disiplin ilmu yang berfokus pada pengembangan pengetahuan tentang struktur dan fungsi keluarga dalam konteks penyakit dan kesehatan. Keperawatan keluarga didasarkan pada

asumsi yang dibuktikan secara ilmiah, yaitu keluarga dan hubungan keluarga memengaruhi proses dan hasil terkait medis, kesehatan dan penyakit adalah peristiwa keluarga dan memengaruhi seluruh keluarga. Karena perawatan kesehatan dan perawatan menjadi semakin kompleks, dan persediaan profesional kesehatan terutama perawat terbatas, ada ketergantungan yang semakin besar pada perawatan relasional, karena pasien dan klien semakin diharapkan untuk menangani penyakit fisik dan perawatan yang rumit di rumah. Oleh karena itu, penyakit dan perawatannya dapat berdampak signifikan pada anggota keluarga secara emosional, fisik, dan ekonomi. Namun seberapa sering faktor-faktor ini diperhitungkan saat pasien atau klien dipulangkan ke rumah? Bagaimana lingkungan dan hubungan rumah pasien atau klien dinilai? Terlalu sering, pasien dan keluarga dipulangkan hanya untuk kembali ke rumah sakit dalam waktu singkat karena keluarga mereka mengalami kesulitan untuk mengatasinya. Atau jangka panjang, anggota keluarga sendiri sering jatuh sakit dengan kondisi jangka panjang, termasuk depresi dan masalah kesehatan mental lainnya (Stones, 2020b).



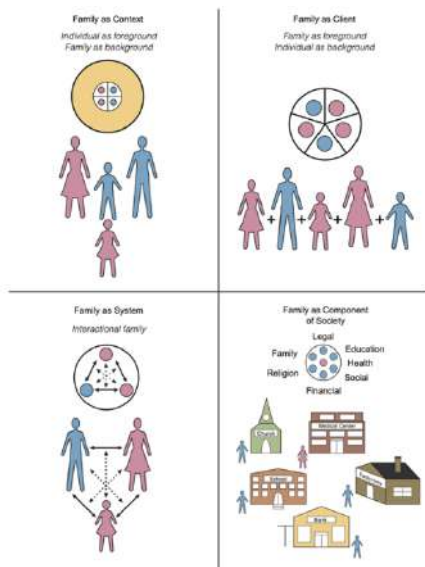
Gambar 1.1: Kerangka Konseptual Keperawatan Keluarga (Kaakinen et al., 2010)

Keperawatan keluarga mempertimbangkan keempat pendekatan untuk melihat keluarga. Pada saat yang sama, itu melintasi individu, keluarga, dan komunitas untuk tujuan mempromosikan, memelihara, dan memulihkan kesehatan keluarga. Kerangka kerja ini mengilustrasikan konsep-konsep yang

bersinggungan antara individu, keluarga, keperawatan, dan masyarakat (gambar 1.1).

Empat pendekatan yang berbeda untuk perawatan melekat dalam keperawatan keluarga: (1) keluarga sebagai konteks untuk pengembangan individu, (2) keluarga sebagai klien, (3) keluarga sebagai sistem, dan (4) keluarga sebagai komponen masyarakat (gambar 1.2). Pendekatan pertama untuk asuhan keperawatan keluarga berfokus pada penilaian dan perawatan klien individu di mana keluarga adalah konteksnya. Label alternatif untuk pendekatan ini berpusat pada keluarga atau berfokus pada keluarga. Ini adalah fokus keperawatan tradisional, di mana individu sebagai latar depan dan keluarga sebagai latar belakang. Keluarga berfungsi sebagai konteks bagi individu baik sebagai sumber atau stressor bagi kesehatan dan penyakit individu. Pendekatan kedua untuk asuhan keperawatan keluarga berpusat pada penilaian semua anggota keluarga. Perawat keluarga tertarik pada cara semua anggota keluarga dipengaruhi secara individual oleh kejadian kesehatan salah satu anggota keluarga. Dalam pendekatan ini, semua anggota keluarga berada di latar depan. Keluarga dipandang sebagai jumlah anggota keluarga individu, dan fokusnya berkonsentrasi pada setiap individu. Perawat menilai dan memberikan perawatan kesehatan untuk setiap orang dalam keluarga.

Pendekatan ketiga memandang keluarga sebagai suatu sistem. Fokus dalam pendekatan ini adalah pada keluarga secara keseluruhan sebagai klien; di sini, keluarga dipandang sebagai sistem interaksional di mana keseluruhannya lebih dari jumlah bagian-bagiannya. Dengan kata lain, interaksi antar anggota keluarga menjadi sasaran intervensi keperawatan. Intervensi mengalir dari penilaian keluarga secara keseluruhan. Pendekatan sistem keperawatan keluarga berfokus pada individu dan keluarga secara bersamaan. Penekanannya adalah pada interaksi antar anggota keluarga, misalnya interaksi langsung antara pasangan orang tua atau interaksi tidak langsung antara pasangan orang tua dengan anak. Semakin banyak anak dalam sebuah keluarga, semakin kompleks interaksi ini. Pendekatan perawatan keempat memandang keluarga sebagai komponen masyarakat, di mana keluarga dipandang sebagai salah satu dari banyak institusi dalam masyarakat, seperti institusi kesehatan, pendidikan, agama, atau ekonomi. Keluarga adalah unit dasar atau utama masyarakat, dan merupakan bagian dari sistem masyarakat yang lebih besar.



Gambar 1.2: Pendekatan Keperawatan Keluarga.(Kaakinen et al., 2015)

1.3.2 Indikator Keluarga Sehat

Keperawatan keluarga bukanlah konsep baru dan telah diajarkan di sekolah keperawatan sejak konsep dan prinsip Nightingale tentang bagaimana merawat keluarga di rumah. Keperawatan kesehatan komunitas telah lama memandang keluarga sebagai unit perawatan kesehatan yang penting, dengan kesadaran bahwa individu dapat dipahami dengan baik dalam konteks sosial keluarga. Mengamati dan menanyakan tentang interaksi keluarga memungkinkan perawat dalam komunitas menilai pengaruh anggota keluarga satu sama lain. Pentingnya keluarga dalam memberikan perawatan bagi anggotanya telah ditetapkan. Dalam peran asuhan ini, keluarga juga dapat meningkatkan kesehatan anggota individu melalui promosi kesehatan dan kegiatan kesehatan lainnya (Nies and McEwen, 2015).

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu dari sembilan tujuan prioritas Presiden Joko Widodo dan Wakil Presiden Jusuf Kalla untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat Indonesia (Betan and Yasintha, 2022). Program Indonesia Sehat merupakan program utama pembangunan kesehatan yang dilaksanakan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 yang diatur melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

No.HK.02.02/Menkes/52/2015. Bagi Puskesmas, pendekatan keluarga merupakan peluang kunjungan keluarga meningkatkan tujuan yang diinginkan dan mendekatkan atau meningkatkan ketersediaan layanan perawatan kesehatan di tempat kerja. Puskesmas memberikan pelayanan medis tidak hanya di dalam gedung, tetapi juga dengan mengunjungi ruang kerja keluarga di luar gedung.

Disepakati bahwa terdapat 12 indikator kunci yang mewakili tingkat kesehatan keluarga dalam kaitannya dengan pelaksanaan Program Indonesia Sehat, 12 indikator utama tersebut adalah:

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

Berdasarkan indikator tersebut, dihitung Indeks Keluarga Sehat (IKS) untuk setiap keluarga. Status masing-masing indikator mencerminkan status PHBS keluarga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Kesehatan keluarga berbasis proses, kontekstual, dan interaksional, yang juga mendasari pendekatan ini adalah hubungan keluarga-perawat, rasa hormat terhadap keluarga, fokus pada kekuatan dan keinginan, dan sikap peduli (Looman, 2020). Interaksi yang terjadi antara anggota keluarga dan perawat tetap menjadi salah satu aspek praktik keperawatan yang paling menantang dan menarik (Faux and Knafl, 1996). Perawat tetap berada di garis depan perawatan pasien dan merupakan salah satu penyedia layanan perawatan rumah terbesar. Keperawatan profesional membantu orang selama sehat dan sakit. Praktisi perawat diharapkan untuk mengisi kesenjangan dalam

memberikan perawatan primer. Keluarga memainkan peran penting dalam kesehatan dan penyakit dan anggota keluarga sering mengandalkan petugas kesehatan untuk membimbing dan mendukung proses pengambilan keputusan (Gülçek, 2022).

Keterlibatan keluarga dalam proses perawatan merupakan bagian penting dalam memberikan layanan perawatan yang berfokus pada pasien dan keluarga serta memastikan hasil yang optimal bagi pasien. Perawat memainkan peran sentral dalam mengadvokasi dan memfasilitasi praktik perawatan yang berfokus pada pasien dan keluarga, termasuk dukungan sosial untuk fungsi dan kesehatan keluarga yang tinggi (Cranley et al., 2022). Kesehatan tidak hanya menyembuhkan tetapi juga membentuk masyarakat yang memahami kesehatan, sehat, dan menjaga kesehatan. Ini juga mengejar kekuatan pelayanan kesehatan primer dan program keluarga sehat. Program Health Family Approach di Indonesia atau yang lebih dikenal dengan Program Keluarga Sehat bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan keluarga.

Bab 2

Fokus, Evolusi, dan Tujuan Keperawatan Keluarga

2.1 Pendahuluan

Keluarga merupakan sekelompok orang yang tinggal pada tempat atau rumah yang sama, disatukan karena adanya ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang berinteraksi dan berkomunikasi dalam peran sebagai ayah, ibu dan anak serta memiliki tujuan menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari setiap anggota keluarga (Nies & McEwen, 2019). Keluarga merupakan salah satu aspek terpenting dalam keperawatan karena keluarga menjadi tempat utama bagi pertumbuhan dan perkembangan setiap individu. Klien dalam keperawatan adalah keluarga bersama dengan individu, kelompok dan masyarakat. Hasil kajian literatur menunjukkan bahwa kesehatan setiap anggota keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan kualitas kesehatan keluarga, namun masih sedikit yang memberikan perhatian kepada keluarga sebagai objek dari studi yang sistematis dalam bidang keperawatan (Susanto, 2021).

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan di masyarakat dengan fokus memberikan pelayanan kepada

keluarga dan melibatkan anggota keluarga dalam pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dengan memobilisasi sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga serta sumber-sumber dari profesi lain, termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sektor lain di komunitas (Kholifah & Widagdo, 2016).

Saat ini, praktik keperawatan keluarga mengalami perkembangan pemberian pelayanan kepada keluarga dengan meningkatkan peran keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Di tengah permasalahan kesehatan keluarga di Indonesia yang semakin kompleks di mana terdapat permasalahan pertumbuhan perkembangan keluarga, permasalahan keluarga berisiko menderita penyakit, peningkatan jumlah lansia, dan pertumbuhan penyakit kronik, maka dibutuhkan peran perawat keluarga dalam memberikan dukungan perawatan keluarga. Oleh karena itu keperawatan keluarga ini perlu dikembangkan terus baik dalam area praktik, pendidikan, maupun penelitian.

2.2 Sejarah Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga merupakan bagian dari keperawatan, akan tetapi dalam perkembangannya melalui pasang surut. Pada era sebelum industri dan kolonial, saat anggota keluarga bekerja di rumah dalam industri rakyat, atau perkebunan, keperawatan keluarga belum menonjol. Saat era industrialisasi, anggota keluarga mulai bekerja di pabrik, maka pelayanan kesehatan secara bertahap berpindah dari rumah ke rumah sakit.

Florence Nightingale di Inggris menyadari pentingnya keluarga dan lingkungan rumah dalam perawatan individu yang sakit. Nightingale mengungkapkan adanya kebutuhan anggota keluarga di dalam kamp militer dan adanya kebutuhan untuk menjaga seluruh keluarga terhindar dari kemiskinan dengan cara memberikan perawatan kepada pencari nafkah agar kembali sehat.

Selama tahun 1800-an dan awal 1900-an di Amerika Serikat, perawat kesehatan masyarakat dan petugas kesehatan lain di Inggris mulai memberikan pelayanan keluarga di rumah. Pelayanan tersebut berawal hanya untuk keluarga miskin namun kemudian diperluas untuk keluarga yang memiliki penyakit menular. Dengan adanya perubahan birokrasi, keperawatan mengalami spesialisasi mengikuti perkembangan spesialisasi kedokteran seperti obstetri, anak, bedah, dan lain-lain, sehingga praktik kedokteran

keluarga dan keperawatan keluarga tidak lagi digunakan. Faktor lain yang menyebabkan menurunnya perawatan yang berfokus pada keluarga yaitu keterbatasan cakupan asuransi, kebijakan sistem rujukan, dan kurangnya pendanaan untuk pencegahan primer (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Keperawatan kesehatan masyarakat, kesehatan ibu-anak dan kebidanan berusaha untuk menjembatani kesenjangan, sebagai contoh obstetri atau kebidanan membatasi pada perawatan ibu, perawatan bayi diberikan pada penyedia perawatan lain, layanan kesehatan masyarakat hanya untuk penyakit menular dan hanya melibatkan keluarga sebatas untuk penelusuran kasus (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Sebelum berkembangnya keperawatan keluarga, semua kelompok spesialisasi bekerja dengan melibatkan keluarga. Spesialisasi pelayanan kesehatan komunitas lebih memfokuskan diri pada keluarga yang memandang keluarga sebagai klien, keperawatan ibu-anak memandang keluarga sebagai konteks dan klien, pelayanan kesehatan jiwa-psikiatri memandang keterlibatan keluarga yang luas termasuk terapi keluarga, dan perawatan primer keluarga atau perawat praktisi spesialis yang memandang keluarga sebagai kumpulan dari anggotanya dan keluarga sebagai konteks. Setiap spesialisasi ini memahami dengan baik perkembangan khusus area spesialisasinya (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Perawat praktisi keluarga dan anak merupakan area spesialisasi keempat yang diidentifikasi dan memfokuskan diri pada keluarga. Pada tahun 1960-an, para perencana pelayanan kesehatan dan pembuat undang-undang di Amerika Serikat mengakui bahwa spesialisasi di bidang kedokteran tidak memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan primer penduduknya. Sehingga dana federal diberikan kepada lembaga pendidikan kedokteran untuk membuka praktik keluarga. Program praktisi perawat keluarga pun didanai oleh federal. Asuhan keperawatan praktisi keluarga diberikan kepada seluruh anggota keluarga dan memandang keluarga sebagai kumpulan dari anggotanya.

Pada tahun 1970-an, terjadi perubahan sistem perawatan kesehatan berfokus pada pemeliharaan kesehatan dan mengembalikan penekanan pada kesehatan keluarga serta adanya pengembangan dan penyempurnaan model konseptual keperawatan yang mempertimbangkan keluarga sebagai unit perawatan. Pada era ini, sudah banyak spesialisasi berfokus pada keluarga, program magister dan doktor berfokus pada keluarga (misalnya, keperawatan kesehatan

keluarga, perawatan kesehatan masyarakat, psikiatri, kesehatan mental serta terapi dan konseling keluarga (Kaakinen et al., 2015).

Pada tahun 2018-an, program spesialisasi tingkat pascasarjana telah dimulai dengan penekanan pada perawatan primer di luar pengaturan perawatan akut, pengajaran kesehatan, dan perawatan diri klien. Pada era ini juga telah dikembangkan penggunaan model kesehatan dan keperawatan dalam memberikan pelayanan perawatan, ilmu keluarga berkembang sebagai suatu disiplin ilmu, penelitian keperawatan keluarga terjadi peningkatan, dan telah didirikan Pusat Penelitian Keperawatan Nasional untuk penelitian promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (Kaakinen et al., 2015)

Di Indonesia, pada tahun 2016 dikembangkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Program ini merupakan program dari agenda ke-5 Nawacita yaitu meningkatkan kualitas hidup masyarakat Indonesia. Pilar utama pelaksanaan Program Indonesia sehat adalah 1) penerapan paradigma sehat dengan menguatkan upaya promotif dan preventif serta pemberdayaan masyarakat, 2) penguatan pelayanan kesehatan dengan meningkatkan akses pelayanan kesehatan, mengoptimalkan sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan pendekatan perawatan berkelanjutan dan intervensi berbasis risiko kesehatan, 3) pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) dengan memperluas sasaran dan manfaat serta kendali mutu dan biaya. Pendekatan keluarga yang dimaksud dalam program ini adalah salah satu cara puskesmas meningkatkan jangkauan sasaran dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayahnya dengan mengunjungi keluarga (Nies & McEwen, 2019).

Kegiatan kunjungan rumah ini merupakan upaya pengembangan pelayanan puskesmas dan perluasan dari upaya perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) yang terdiri dari kegiatan:

1. Pendataan profil kesehatan keluarga.
2. Promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
3. Menindaklanjuti pelayanan kesehatan.
4. Pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas berdasarkan informasi dari profil kesehatan keluarga.

Friedman, Bowden, dan Jones (2010), menyatakan terdapat beberapa faktor yang menyebabkan peningkatan pertumbuhan keperawatan keluarga yaitu:

1. Meningkatnya pemahaman dalam keperawatan dan masyarakat terhadap promosi kesehatan dan fokus kesehatan tidak hanya berorientasi pada penyakit saja.
2. Adanya peningkatan populasi lansia di masyarakat dan tingginya kasus penyakit kronik.
3. Meningkatnya kesadaran bahwa banyak keluarga yang memiliki masalah kesehatan.
4. Adanya perkembangan pedoman pernikahan, pola asuh anak, pelayanan dan klinik keluarga.
5. Berkembangnya penelitian keluarga.

2.3 Batasan Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga merupakan area spesialisasi yang terus berkembang secara dinamis berfokus pada praktik, pendidikan, dan penelitian. Definisi keperawatan keluarga dan praktik keperawatan keluarga dideskripsikan dengan cara yang berbeda-beda tergantung bagaimana seorang perawat keluarga menjabarkan konsep keluarga dan pendekatan yang dilakukan oleh perawat terhadap keluarga.

Empat pendekatan yang berbeda untuk perawatan yang melekat dalam keperawatan keluarga yaitu: 1) keluarga sebagai konteks, 2) keluarga sebagai klien, 3) keluarga sebagai suatu sistem, dan 4) keluarga sebagai komponen masyarakat (Kaakinen et al., 2015). Berikut merupakan penjelasan mengenai pendekatan keperawatan keluarga yang dapat menegaskan batasan spesialisasi keperawatan keluarga:

2.3.1 Keluarga sebagai Konteks

Pendekatan keluarga sebagai konteks memandang asuhan keperawatan berfokus pada individu, sedangkan keluarga dipandang sebagai sumber daya bagi klien atau merupakan sebuah stressor bagi klien. Pendekatan ini merupakan fokus keperawatan tradisional, di mana individu adalah fokus utama pengkajian dan intervensi serta keluarga dipandang sebagai latar belakang atau fokus sekunder. Perawat dapat mengkaji keluarga sebagai bagian dari sistem pendukung sosial klien, dan tidak banyak melibatkan

keluarga dalam rencana asuhan keperawatan. Kebanyakan teori atau model keperawatan yang ada, awalnya dikonseptualisasikan dengan menggunakan individu sebagai fokus.

2.3.2 Keluarga sebagai Klien

Keluarga sebagai klien memandang semua anggota keluarga sebagai klien atau fokus utama pengkajian dan perawatan. Keluarga merupakan fokus utama dan individu anggota keluarga sebagai konteks atau latar belakang. Keluarga dipandang sebagai sebuah sistem yang saling memengaruhi. Fokus dari keluarga sebagai klien adalah bagaimana individu anggota keluarga berdampak pada keluarga secara menyeluruh sehingga dalam pendekatan ini, perawat menilai dan memberikan perawatan kesehatan untuk setiap orang dalam keluarga. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan tidak lagi berfokus pada kebutuhan anggota keluarga sebagai individu namun dampak masalah kesehatan salah satu anggota keluarga pada seluruh anggota keluarga. Sebagai contoh pendekatan keluarga sebagai klien yaitu ketika perawat mengelola keluarga dengan salah satu anggota keluarga didiagnosis hipertensi maka perawat akan melakukan pengkajian terhadap perubahan pada seluruh anggota keluarga terutama pada kebiasaan makan, mengkaji pemahaman keluarga tentang hipertensi, bagaimana memberikan perawatan pada anggota keluarga dengan hipertensi terutama dalam memberikan dukungan dalam pengaturan diet hipertensi (Nies & McEwen, 2019).

2.3.3 Keluarga sebagai Sistem

Keluarga sebagai sistem interaksi yang memengaruhi keluarga secara keseluruhan. Keluarga sebagai sistem berfokus pada individu dan keluarga sebagai satu kesatuan disaat yang bersamaan. Oleh karena itu perawat keluarga yang menggunakan pendekatan ini memberikan intervensi dengan fokus pada individu dan keluarga secara bersamaan, di mana Interaksi antar anggota keluarga menjadi sasaran intervensi keperawatan. Gambaran pendekatan ini adalah jika terdapat salah satu anggota keluarga sakit maka akan berdampak pada seluruh anggota keluarga. Contoh penerapan pendekatan keluarga sebagai sistem yaitu ketika perawat mengelola keluarga dengan diagnosa stroke pada salah satu anggota keluarga. Perawat yang menggunakan pendekatan ini akan melakukan pengkajian terhadap perubahan pada seluruh anggota keluarga, apakah semua anggota keluarga terlibat dalam merawat anggota keluarga yang stroke, adakah dampak stroke terhadap pola

komunikasi, pola interaksi keluarga dan perubahan kebiasaan makan keluarga. Selanjutnya perawat juga akan mengkaji sejauh mana keluarga memahami tentang stroke, bagaimana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke dan apa saja dukungan yang diberikan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke (Nies & McEwen, 2019).

2.3.4 Keluarga sebagai Komponen Masyarakat

Pendekatan keempat memandang keluarga sebagai komponen masyarakat, di mana keluarga dipandang sebagai salah satu dari sekian banyak institusi atau lembaga dalam masyarakat, baik kesehatan, pendidikan, keagamaan, maupun ekonomi. Keluarga adalah unit dasar atau primer masyarakat, dan merupakan bagian dari sistem yang lebih besar dari masyarakat. Keluarga secara keseluruhan berinteraksi dengan lembaga lain untuk menerima, menukar, atau memberi komunikasi dan layanan. Para pakar pertama kali menggunakan pendekatan ini dalam studi mereka tentang keluarga dalam masyarakat (Kaakinen et al., 2015)

2.4 Issue dalam Keperawatan Keluarga

Dampak globalisasi memberikan kesempatan baru bagi perawat keluarga untuk mempelajari intervensi dan program kesehatan yang diberikan pada keluarga di negara lain. Perawat dapat memperoleh pembelajaran dari perawat lain di seluruh dunia melalui konferensi internasional, membaca literatur atau hasil penelitian kesehatan internasional. Sebagai contoh, di negara Jepang keperawatan keluarga mengalami pertumbuhan yang pesat di mana kurikulum keperawatan keluarga di sekolah keperawatan telah dikembangkan dan telah menghasilkan teori keperawatan yang berfokus pada keluarga. Penelitian dan publikasi pun telah dilakukan di Jepang. Selain Jepang, negara lain seperti Inggris, Denmark, Swedia, Korea, Chili, Meksiko, dan Skotlandia juga mengalami kemajuan yang signifikan di bidang kesehatan keluarga dan keperawatan keluarga, sehingga bisa saling bertukar ilmu dan pengalaman dalam dari berbagai negara (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Selain dampak globalisasi terhadap keperawatan keluarga, issue penting dalam keperawatan keluarga terkait praktik, pendidikan dan penelitian diantaranya adalah:

1. Adanya kesenjangan antara teori, penelitian dan praktik klinik
Kesenjangan ini terjadi karena adanya perbedaan cara pandang perawat terhadap konsep sehat sakit, kurangnya instrumen pengkajian keluarga yang komprehensif dan masih ada perawat terikat dengan model kedokteran yang berorientasi pada individu dan penyakit.
2. Integrasi keperawatan keluarga ke dalam praktik
Adanya restrukturisasi pelayanan kesehatan, di mana pasien dipulangkan lebih cepat dan dalam kondisi belum optimal sehingga perawat perlu mengembangkan cara yang lebih efektif untuk mengintegrasikan keluarga ke dalam asuhan keperawatan.
3. Peralihan kekuasaan dan kendali dari penyedia pelayanan kepada keluarga
Perkembangan teknologi informasi memberikan dampak positif bagi keluarga di mana keluarga dapat mempelajari masalah kesehatan dan menentukan pilihan terapi. Oleh karena itu, perawat keluarga hendaknya memberikan kebebasan kepada anggota keluarga untuk memutuskan perawatan yang akan mereka pilih.
4. Bekerja lebih efektif dengan ragam budaya keluarga
Keberagaman budaya termasuk latar belakang suku, agama, kelas sosial, dan lain-lain akan membentuk persepsi, nilai, kepercayaan, dan praktik yang beragam pula, oleh karena itu menjadi suatu tantangan tersendiri untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga yang kompeten secara budaya.
5. Muatan pada kurikulum keperawatan keluarga
Terdapat perkembangan muatan kurikulum keperawatan keluarga dan keterampilan klinis ke dalam program keperawatan sarjana dan pascasarjana. Praktik keperawatan keluarga tingkat lanjut melibatkan pembelajaran dan keterampilan yang dibutuhkan untuk bekerja dengan seluruh keluarga dan anggota keluarga secara bersamaan.

Perawat keluarga dengan praktik tingkat lanjut dapat bekerja sebagai terapis keluarga pada keluarga dengan masalah kesehatan.

6. Penelitian intervensi keperawatan keluarga

Penelitian intervensi keperawatan keluarga perlu ditingkatkan karena masih kurangnya bukti ilmiah yang dibutuhkan untuk mendukung efikasi strategi dan program keperawatan keluarga. Selain itu dibutuhkan bukti penelitian yang berfokus pada pendekatan keluarga sebagai klien bukan berfokus pada individu dalam keluarga.

7. Keterlibatan perawat keluarga dalam membentuk kebijakan terkait perawatan keluarga

Reformasi pelayanan kesehatan mendorong perawat keluarga untuk terlibat di setiap level sistem politik guna menyokong isu keluarga. Perawat keluarga harus mampu menganalisis isu dan kebijakan yang sedang diusulkan dan membantu merancang serta melaksanakan kebijakan secara positif.

2.5 Tujuan Keperawatan Keluarga

Leavel, dkk (1985) mengembangkan kerangka tingkat pencegahan yang berfungsi sebagai landasan praktik kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan komunitas. Kerangka ini pun digunakan dalam menguraikan tujuan keperawatan keluarga yang terdiri dari pencegahan primer, sekunder dan tersier (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

2.5.1 Pencegahan Primer

Pencegahan primer melibatkan upaya promosi kesehatan dan tindakan pencegahan penyakit agar individu terhindar dari penyakit atau cedera. Pencegahan primer bertujuan untuk meningkatkan kesehatan melalui edukasi kesehatan dengan fokus pembentukan pola hidup yang sehat seperti nutrisi, aktivitas fisik, tidak merokok, tidak menggunakan alkohol, dan lain-lain. Fokus lainnya dalam pencegahan ini yaitu pembentukan kepribadian yang sehat, konseling, dan pembentukan lingkungan sosial yang sehat (Susanto, 2021). Pencegahan primer diberikan kepada keluarga atau anggota keluarga yang sehat dan tidak ada gejala penyakit.

Pencegahan primer terdiri dari dua komponen yaitu promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Promosi kesehatan tidak mengkhususkan pada penyakit atau masalah kesehatan, namun dirancang untuk memberikan kontribusi terhadap tumbuh kembang dan kesehatan yang optimal. Promosi kesehatan tidak hanya menghindari penyakit namun berfokus pada kualitas hidup dan kesejahteraan. Contoh aktivitas promosi kesehatan seperti penyuluhan kesehatan kepada keluarga mengenai pola hidup bersih dan sehat, penyuluhan kesehatan pada keluarga yang memiliki balita tentang pola asuh, diet gizi seimbang dan stimulasi tumbuh kembang balita, dan lain-lain. Berbeda dengan promosi kesehatan, tindakan pencegahan lebih berfokus pada masalah kesehatan atau penyakit, termasuk menghindari perilaku berisiko serta tindakan pencegahan spesifik. Contoh tindakan pencegahan ini yaitu pemberian imunisasi dasar pada balita, penggunaan APD (alat pelindung diri) seperti masker pada saat pandemi Covid-19, dan lain-lain.

Saat ini telah terjadi peningkatan minat masyarakat terhadap pencegahan primer. Menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2010), beberapa faktor yang memengaruhi peningkatan minat tersebut adalah:

1. Kebutuhan terhadap perubahan fokus pelayanan akibat terlalu banyak sumber kesehatan yang dialokasikan pada perawatan akut namun hanya menghasilkan perbaikan yang minimal.
2. Konsumerisme dan tuntutan umum terhadap peningkatan kendali diri
3. Gerakan kesejahteraan
4. Pertumbuhan penerimaan modalitas kesehatan alternatif oleh profesional dan masyarakat.
5. Kurangnya akses ke pelayanan kesehatan
6. Pertumbuhan perhatian kesehatan pada praktik keperawatan tingkat lanjut
7. Pertumbuhan pengelolaan perawatan, termasuk di dalamnya organisasi pemeliharaan kesehatan yang menekankan pada penyediaan perawatan bermutu dengan cara yang efisien dan efektif dalam hal biaya

Walaupun pertumbuhan komitmen masyarakat terhadap pencegahan primer semakin meningkat dan bermakna namun terdapat beberapa faktor penghambat untuk mengintegrasikan pencegahan primer terutama promosi

kesehatan kepada keluarga dan upaya perlindungan kesehatan di lingkup masyarakat. Hambatan tersebut diantaranya adalah kurangnya dana, kurangnya sikap dan sosialisasi mengenai pencegahan primer karena masih tingginya orientasi terhadap pengobatan penyakit, masih terdapat tenaga kesehatan yang belum menampilkan role model bagi klien diantaranya masih terdapat tenaga kesehatan yang merokok, kelebihan berat badan dan kurang aktivitas.

Peran keluarga pada pencegahan primer yaitu keluarga sebagai support system dan membantu anggota keluarga untuk melaksanakan hidup pola hidup sehat. Perawat keluarga harus membantu keluarga untuk bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri dan memastikan keluarga beserta anggota keluarganya menerapkan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari. Keluarga juga harus selalu berperan dalam membantu anggota keluarganya mempelajari cara-cara baru untuk hidup lebih sehat.

2.5.2 Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder meliputi kegiatan deteksi dini atau diagnosis dan terapi yang diberikan kepada keluarga atau anggota keluarga yang telah menunjukkan tanda gejala penyakit atau telah terjadi masalah kesehatan dalam keluarga. Tujuan pencegahan sekunder adalah mengendalikan penyakit dan mencegah atau mengurangi kecacatan. Peran perawat pada pencegahan ini adalah melakukan skrining dan pengkajian terhadap anggota keluarga meliputi pemeriksaan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan laboratorium, merujuk anggota keluarga pada pelayanan kesehatan untuk mendapatkan penanganan yang tepat. Minimnya kesadaran keluarga untuk melakukan skrining atau deteksi dini penyakit maka dibutuhkan upaya meningkatkan pemahaman keluarga melalui penyuluhan kesehatan mengenai manfaat pemeriksaan skrining tertentu seperti pemeriksaan payudara sendiri (SADARI), pemeriksaan papsmear, dan lain-lain (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

2.5.3 Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan kegiatan pemulihan penyakit dan rehabilitasi dengan tujuan meminimalkan disabilitas klien dan mengembalikan atau memulihkan fungsi tubuh pada tingkat optimal yang dilakukan pada keluarga atau anggota keluarga pasca perawatan. Pencegahan tersier dilakukan dengan memberikan rehabilitasi kepada klien secara fisik, psikologis dan spiritual (Susanto, 2021). Peran perawat pada pencegahan tersier adalah memberikan

perawatan langsung, koordinator, manajer kasus, pendidik dan konselor bagi klien/keluarga yang memiliki masalah penyakit kronis dan kondisi disabilitas. Pada kondisi tersebut keluarga membutuhkan dukungan dan penyuluhan mengenai perawatan mandiri dan perawatan yang bergantung pada orang lain (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Bab 3

Tipe-tipe Keluarga

3.1 Pendahuluan

Keluarga adalah kelompok individu yang terhubung melalui ikatan perkawinan, kekerabatan, atau hubungan emosional dan terdiri dari pasangan suami istri dan anak-anak, orang tua atau anggota keluarga lain yang tinggal bersama. Keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat dan memiliki peran penting dalam memberikan dukungan, kasih sayang, dan pendidikan kepada anggota keluarga. Selain itu, keluarga juga merupakan tempat di mana individu memperoleh identitas, nilai-nilai, dan norma-norma sosial, sehingga menjadi lingkungan di mana anggota keluarga saling berbagi pengalaman, kegembiraan, dan tantangan dalam kehidupan sehari-hari (Kaakinen et al., 2015).

Mengetahui tipe-tipe keluarga dalam bidang keperawatan penting, karena keluarga merupakan bagian penting dalam perencanaan dan pemberian perawatan. Sikap perawat terhadap pentingnya keluarga dalam proses perawatan dapat berkontribusi pada kualitas hubungan yang terjalin antara perawat dan keluarga. Penting untuk memahami sikap perawat terhadap keluarga dalam pelayanan keperawatan, karena sikap tersebut dapat memengaruhi bagaimana perawat dan anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Dalam keperawatan, keluarga dianggap sebagai unit alami dan fundamental dalam masyarakat dan menjadi sumber daya yang efektif dan

dapat diakses oleh tenaga kesehatan. Teori keperawatan sistem keluarga menekankan pentingnya perlakuan perawat terhadap keluarga sebagai unit perawatan dan bukan hanya fokus pada pasien saja, hal ini disebabkan karena keluarga juga selalu terpengaruh oleh penyakit yang dialami oleh anggota keluarganya. Dengan mengetahui berbagai tipe keluarga, perawat dapat secara lebih baik mengevaluasi gaya pengasuhan dan pendekatan orang tua terkait disiplin dalam keluarga. Selain itu, pemahaman tentang berbagai tipe keluarga dapat membantu dalam mengembangkan intervensi, yang disesuaikan untuk memfasilitasi kerja sama antara perawat dan keluarga dalam memberikan perawatan. (Broekema et al., 2020; Cranley et al., 2022).

Dalam bab ini akan menjelaskan mengenai beberapa tipe keluarga yaitu: Nuclear family, Single parent family, Extended family, Blended family dan Foster family. Mengetahui tipe keluarga sangat penting bagi seorang perawat, agar dapat memberikan perawatan yang tepat, komprehensif, dan responsif sesuai dengan kebutuhan keluarga dan pasien. Hal ini juga membantu dalam membangun hubungan terapeutik yang kuat antara perawat dan keluarga pasien, yang merupakan faktor penting dalam mencapai hasil perawatan yang baik.

3.2 Nuclear Family

Apabila dibandingkan dengan keadaan masa lalu, keluarga masa lalu cenderung lebih homogen dengan bentuk keluarga saat ini. Pada masa lalu normanya adalah keluarga yang terdiri dari dua orang tua (keluarga inti tradisional) yang tinggal bersama dengan anak-anak biologis mereka. Namun, sekarang telah diakui banyak bentuk keluarga yang lain, sehingga penting untuk diketahui bahwa orang yang lahir saat ini akan mengalami banyak bentuk keluarga selama hidupnya. Ada banyak variasi dalam kehidupan keluarga, begitupun dalam kehidupan pribadi perawat maupun dalam hubungannya dengan pasien.

Keluarga inti atau *nuclear family*, adalah unit keluarga yang terdiri dari seorang ayah, seorang ibu, dan anak-anak mereka yang tinggal bersama dalam satu rumah. Dalam keluarga inti, orang tua menjadi pengasuh utama dan bertanggung jawab dalam membesarkan dan merawat anak-anak mereka. Namun, penting untuk diketahui bahwa konsep keluarga inti dapat bervariasi di berbagai budaya, dan dapat mencakup variasi seperti keluarga inti dengan

orangtua tunggal atau keluarga inti campuran (di mana salah satu atau kedua orangtua memiliki anak-anak dari hubungan sebelumnya). Keluarga inti menyediakan unit yang erat untuk dukungan emosional, sosialisasi, dan penyebaran nilai-nilai dan tradisi dari satu generasi ke generasi berikutnya (Kaakinen, 2010).

Memahami struktur keluarga memungkinkan perawat membantu keluarga mengidentifikasi strategi penanganan efektif untuk masalah kehidupan sehari-hari, krisis perawatan kesehatan, promosi kesejahteraan, dan pencegahan penyakit. Selain itu, perawat memiliki peran sentral dalam advokasi dan pengembangan kebijakan sosial yang relevan dengan kebutuhan perawatan kesehatan keluarga. Perawat yang mendapatkan informasi dengan baik tentang berbagai struktur keluarga dapat mengidentifikasi kebutuhan khusus keluarga yang unik, memberikan perawatan klinis yang sesuai untuk meningkatkan ketahanan keluarga, dan bertindak sebagai agen perubahan untuk menerapkan kebijakan sosial yang mengurangi beban keluarga (Kaakinen et al., 2015).

Terdapat beberapa hal yang menjadi manfaat dan kelemahan dari keluarga inti atau nuclear family. Potensi manfaat dari struktur keluarga inti terhadap perkembangan anak (Qypi, 2017; Portugal and Alberto, 2019; Sear, 2021):

1. Stabilitas: Struktur keluarga inti dapat memberikan lingkungan yang stabil dan konsisten bagi anak-anak, dengan kedua orang tua hadir untuk memberikan dukungan emosional dan finansial.
2. Peran yang jelas: Peran gender yang terkait dengan struktur keluarga inti dapat memberikan anak-anak contoh peran yang jelas dalam identitas gender.
3. Komunikasi yang mendukung: Keluarga inti dapat menyediakan lingkungan yang mendukung bagi komunikasi antara orang tua dan anak, dengan kedua orang tua tersedia untuk memberikan bimbingan dan dukungan.

Selanjutnya, berikut ini adalah beberapa poin penting yang menjadi potensi kelemahan dari struktur keluarga inti terhadap perkembangan anak (Shank, Petrarca and Barry, 2019; Sear, 2021):

1. Dukungan sosial terbatas: Struktur keluarga inti dapat membatasi jumlah dukungan sosial yang tersedia bagi anak-anak, karena mereka

mungkin tidak memiliki akses terhadap anggota keluarga luas atau pengasuh lainnya.

2. Stres orang tua: Struktur keluarga inti dapat menempatkan stres yang signifikan pada orang tua, terutama jika mereka adalah satu-satunya pencari nafkah atau pengasuh. Stres ini dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk memberikan dukungan emosional dan bimbingan kepada anak-anak
3. Kecanduan alkohol pada orang tua: Orang tua inti yang mengalami kecanduan alkohol (alcohol use disorder/AUD) dapat berdampak negatif pada perkembangan anak dalam hal kesehatan fisik, kemampuan akademik, perkembangan sosial, dan kesehatan mental.

Secara keseluruhan, struktur keluarga inti dapat memberikan lingkungan yang stabil dan mendukung bagi perkembangan anak, namun juga memiliki keterbatasan dan kelemahan. Penting untuk mengakui keragaman struktur keluarga dan pentingnya dukungan sosial bagi kesehatan dan kesejahteraan orang tua dan anak.

3.3 Single Parent Family

Single parent atau orang tua tunggal adalah individu yang menjadi satu-satunya pengasuh dan kepala rumah tangga, bertanggung jawab dalam mendidik seorang anak atau beberapa anak (K. Bell, 2014). Orang tua tunggal mungkin menghadapi tantangan-tantangan unik, seperti menyeimbangkan pekerjaan dan tanggung jawab sebagai orang tua, tekanan keuangan, dan isolasi sosial. Menjadi orang tua tunggal dapat menimbulkan tekanan dan stres tambahan karena mengelola tanggung jawab sehari-hari atau pengambilan keputusan sendirian. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui bagaimana memberi dukungan bukan hanya untuk anak-anak, tetapi dukungan untuk diri sendiri. Namun, orang tua tunggal juga memiliki banyak kekuatan, termasuk ketahanan, kreativitas, dan daya juang. Orang tua tunggal dapat membesarkan anak-anak yang bahagia dan sehat, dan ada banyak sumber daya yang tersedia untuk membantu mereka meraih kesuksesan (American Academic of Pediatrics, 2022).

Terdapat berbagai alasan mengapa seseorang menjadi orang tua tunggal. Beberapa orang mungkin memang memilih untuk hidup seperti ini, sedangkan yang lain mungkin meninggalkan hubungan sebelumnya atau pasangannya meninggal atau meninggalkan mereka. Tantangan yang dihadapi oleh orang tua tunggal bervariasi tergantung pada keadaan pribadi masing-masing.

Berikut adalah beberapa alasan umum mengapa seseorang menjadi orang tua tunggal:

1. Perceraian atau perpisahan: Ini adalah alasan yang paling umum untuk menjadi orang tua tunggal. Menurut (Latifah and Ritonga, 2022), tingkat perceraian di Indonesia mengalami peningkatan baik secara nasional maupun regional. Pada tahun 2019, terdapat 480.618 kasus perceraian, yang meningkat sebesar 18% dibandingkan tahun sebelumnya. Studi yang sama juga menemukan bahwa faktor ekonomi merupakan penentu terkuat perceraian di Indonesia di setiap wilayah. Pemerintah telah melakukan upaya untuk mengatasi tingkat perceraian yang tinggi di Indonesia, antara lain dengan mengadakan kursus pra-nikah, memberikan konseling pernikahan untuk memperkuat keluarga dan mencegah perceraian, mengadakan kontes keluarga bahagia, dan merancang modul bimbingan pernikahan untuk pengantin pria dan wanita (Djawas et al., 2021). Selanjutnya menurut (American Academic of Pediatrics, 2022), Bagi sebagian anak, perceraian dapat menjadi pengalaman yang sama sulitnya dengan kehilangan seorang orang tua secara fisik. Proses penyembuhan bagi anak-anak membutuhkan waktu yang cukup lama, dan hampir semua anak merasa bahwa merekalah penyebab perceraian dan berharap orang tua mereka dapat kembali bersatu.
2. Kematian pasangan: Ini adalah peristiwa tragis yang dapat meninggalkan seorang orang tua tunggal untuk membesarkan anak-anak sendirian.
3. Orang tua tidak menikah: Semakin banyak orang yang memilih untuk memiliki anak tanpa menikah. Tren menjadi orang tua yang tidak menikah di dunia mengalami peningkatan dalam beberapa tahun

terakhir. Pada tahun 2020 angka orang tua yang tidak menikah sudah mencapai 25% (United Nation, 2022).

4. Adopsi oleh satu orang: Orang yang tidak menikah dapat mengadopsi anak, dan mereka mungkin memilih untuk membesarkan anak tersebut sendirian.

Berikut adalah beberapa strategi penanganan untuk orang tua tunggal dan anak-anak mereka:

1. Untuk orang tua tunggal (Weinraub and Kaufman, 2018):
 - a. Cari dukungan: Orang tua tunggal dapat mencari dukungan dari keluarga, teman, atau kelompok dukungan untuk membantu mereka mengatasi tantangan menjadi orang tua tunggal.
 - b. Kelola waktu dengan efektif: Orang tua tunggal dapat mengelola waktu mereka dengan efektif dengan memprioritaskan tanggung jawab dan mendistribusikan tugas ketika memungkinkan.
 - c. Jaga diri sendiri: Orang tua tunggal sebaiknya menjaga diri mereka sendiri dengan cukup tidur, makan sehat, dan berolahraga secara teratur.
 - d. Cari bantuan profesional: Orang tua tunggal dapat mencari bantuan profesional dari terapis atau konselor untuk membantu mereka mengatasi stres dan tantangan lainnya
 - e. Bangun jaringan dukungan: Orang tua tunggal dapat membangun jaringan dukungan dengan orang tua tunggal lainnya untuk berbagi pengalaman, nasihat, dan sumber daya.
2. Untuk anak-anak (Usakli, 2018):
 - a. Dorong komunikasi: Orang tua tunggal dapat mendorong komunikasi terbuka dengan anak-anak mereka untuk membantu mereka mengungkapkan perasaan dan kekhawatiran mereka.
 - b. Berikan stabilitas: Orang tua tunggal dapat memberikan stabilitas bagi anak-anak mereka dengan menjaga rutinitas dan aturan yang konsisten.
 - c. Luangkan waktu berkualitas: Orang tua tunggal dapat menghabiskan waktu berkualitas dengan anak-anak mereka untuk

memperkuat ikatan dan menunjukkan bahwa mereka dicintai dan dihargai.

- d. Dorong kemandirian: Orang tua tunggal dapat mendorong kemandirian anak-anak mereka dengan memberikan tanggung jawab yang sesuai dengan usia dan kesempatan untuk membuat keputusan.
- e. Cari bantuan profesional: Orang tua tunggal dapat mencari bantuan profesional untuk anak-anak mereka jika mereka mengalami masalah emosional atau perilaku.

Strategi penanganan ini dapat membantu orang tua tunggal dan anak-anak mereka menghadapi tantangan menjadi orang tua tunggal dan membangun keluarga yang kuat dan penuh dukungan. Penelitian juga telah menunjukkan bahwa anak-anak yang dibesarkan dalam keluarga orang tua tunggal dapat mengalami hasil yang positif, seperti peningkatan harga diri, prestasi akademik, dan ketangguhan. Namun, penting untuk diketahui bahwa menjadi orang tua tunggal juga dapat memberikan tantangan yang signifikan, seperti tekanan keuangan, isolasi sosial, dan stres. Dengan dukungan dan sumber daya yang tepat, banyak orang tua tunggal mampu memberikan rumah yang penuh kasih dan stabil bagi anak-anak mereka dan menjadi sebagai keluarga yang bahagia (Gupta and Kashyap, 2020).

3.4 Extended Family

Extended family atau keluarga besar adalah keluarga yang meliputi lebih dari keluarga inti yang terdiri dari orang tua dan anak-anak mereka. Keluarga besar ini mencakup bibi, paman, nenek-kakek, sepupu, atau kerabat lainnya yang tinggal dekat atau dalam rumah yang sama (Vogt, 2020).

Dalam beberapa budaya, tinggal bersama keluarga besar adalah hal yang umum, dan jarang bagi orang-orang untuk tinggal terpisah dari keluarga besar mereka. Namun, dalam budaya lain, keluarga besar tidak begitu umum, dan lebih banyak orang yang tinggal terpisah dari keluarga besar mereka ('Extended family', 2023). Ada banyak manfaat memiliki keluarga besar, yaitu keluarga besar dapat memberikan dukungan finansial yang dapat membantu mengurangi tekanan keuangan dan meningkatkan kesejahteraan keluarga,

dukungan emosional, dan membantu merawat anak-anak. Selain itu, mereka juga bisa memberikan rasa kebersamaan dan rasa memiliki (Vogt, 2020; Amah, 2021).

Namun, ada juga beberapa tantangan dalam memiliki keluarga besar. Keluarga besar memerlukan banyak perhatian dan dapat menimbulkan tekanan pada sumber daya yang tersedia. Selain itu, mereka juga dapat menjadi sumber konflik, terutama jika terdapat perbedaan nilai atau harapan antar anggota keluarga (Amah, 2021). Secara keseluruhan, keluarga besar dapat menjadi sumber kekuatan dan dukungan yang besar, tipe keluarga ini cenderung sering berkumpul untuk acara keluarga dan merasa bertanggung jawab untuk membantu dan mendukung satu dengan yang lain, baik secara emosional maupun finansial. Namun, penting untuk menyadari tantangan yang mungkin timbul dengan memiliki keluarga besar.

3.5 Blended Family

Blended Family atau keluarga campuran adalah keluarga yang terbentuk saat dua orang bergabung dan membawa anak-anak dari hubungan sebelumnya. Dalam keluarga campuran, bisa ada anak tiri, anak kandung, dan bahkan anak angkat. Istilah keluarga campuran lebih luas daripada istilah step family atau keluarga tiri, karena mencakup berbagai struktur keluarga. Menurut (Kenton Bell, 2014), keluarga campuran, juga dikenal sebagai keluarga tiri, adalah keluarga yang terdiri dari dua atau lebih pasangan dewasa dan anak-anak mereka, bersama dengan anak-anak mereka dari hubungan sebelumnya, baik tinggal bersama mereka atau berdekatan.

Keluarga campuran menghadapi tantangan yang unik dan berbeda secara signifikan dibandingkan keluarga inti. Beberapa tantangan yang dihadapi oleh keluarga campuran antara lain:

1. Ketidakjelasan peran: Stereotip sosial yang menganggap keluarga campuran sebagai sesuatu yang tidak normal, dengan keluarga inti dianggap sebagai contoh utama semua keluarga, menyebabkan ketidakjelasan peran bagi setiap anggota keluarga (Kumar, 2017).
2. Menetapkan norma baru: Terdapat banyak tantangan dalam membesarkan keluarga campuran, terutama dalam menetapkan

norma-norma baru dalam keluarga yang baru terbentuk (Perry and Fraser, 2020).

3. Hari transisi: Hari-hari transisi bisa menjadi tantangan bagi keluarga campuran. Keluarga harus beradaptasi dengan dua keluarga yang baru saja terbentuk (Perry and Fraser, 2020).
4. Gaya pengasuhan: Orang tua memiliki gaya pengasuhan yang berbeda dalam mengasuh anak-anak mereka. Fenomena ini lebih terlihat dalam keluarga campuran di mana terdapat banyak hubungan yang bisa menyebabkan masalah (Gachenia, Kamunyu and Chiroma, 2021).
5. Konteks kerentanan: Ayah tiri atau ibu tiri yang tinggal dalam keluarga campuran yang membentuk kembali keluarga menghadapi tantangan dan masalah terkait konteks kerentanan ekonomi, hubungan, pribadi, dan budaya dalam kehidupan mereka (Wood, 2015).

Penting bagi keluarga campuran untuk berkomunikasi secara terbuka dan bekerja sama untuk membangun unit keluarga yang kuat dan penuh dukungan. Selain itu, perlu juga untuk mencari bantuan seorang konselor yang mengkhususkan diri dalam membantu anggota keluarga dalam mengatasi konflik, mengelola stres, dan mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif, konselor juga dapat memberikan dukungan emosional, memberikan panduan untuk mengatasi masalah, dan membantu keluarga mengidentifikasi tujuan dan nilai-nilai bersama.

3.6 Foster Family

Foster Family atau keluarga asuh adalah keluarga yang memberikan perawatan sementara bagi seorang anak yang tidak dapat tinggal bersama keluarga kandungnya karena berbagai alasan, seperti penelantaran, kekerasan, atau salah satu orangtua dipenjara. Keluarga asuh bertanggung jawab untuk menyediakan lingkungan yang aman dan penuh kasih sayang bagi anak tersebut, memenuhi kebutuhan dasar mereka, dan membantu mereka mengatasi trauma yang mungkin mereka alami (Miller-Ott, 2017).

Keluarga asuh dapat bersifat bukan kerabat atau kerabat, di mana anak ditempatkan bersama kerabat atau seseorang yang mereka kenal. Keluarga asuh mungkin juga harus bekerja sama dengan pekerja sosial, terapis, dan profesional lainnya untuk memastikan kesejahteraan anak (Bergström et al., 2020).

Tujuan dari perawatan asuh adalah memberikan rumah sementara bagi anak sampai mereka dapat dipersatukan kembali dengan keluarga kandung mereka atau ditempatkan di rumah permanen melalui adopsi atau pengampunan. Keluarga asuh memainkan peran penting dalam memberikan stabilitas dan dukungan kepada anak-anak yang telah mengalami trauma dan gangguan dalam kehidupan mereka (Bell and Romano, 2017).

Keluarga asuh menghadapi tantangan yang unik dan berbeda dengan tipe keluarga lainnya. Beberapa tantangan umum yang dihadapi oleh keluarga asuh antara lain:

1. Trauma dan masalah perilaku: Banyak anak yang tinggal dalam perawatan asuh mengalami trauma dan mungkin menunjukkan masalah perilaku sebagai dampaknya. Keluarga asuh harus siap memberikan lingkungan yang aman dan penuh perhatian bagi anak, serta membantu mereka mengatasi trauma yang dialami (Vasileva and Petermann, 2017).
2. Kurangnya dukungan: Keluarga asuh sering kali merasa terisolasi dan kurang mendapatkan dukungan, terutama jika mereka tidak memiliki akses ke sumber daya dan layanan yang dapat membantu mereka merawat anak dengan baik (Piel et al., 2017).
3. Masalah pertautan dan ikatan: Keluarga asuh mungkin mengalami kesulitan dalam membangun pertautan dan ikatan dengan anak, terutama jika anak tersebut telah mengalami penempatan di berbagai tempat atau memiliki pengalaman pertautan yang terganggu sebelumnya (Miranda, Molla and Tadros, 2019).
4. Transisi: Keluarga asuh sering menghadapi tantangan terkait dengan transisi, seperti saat anak ditempatkan bersama mereka atau saat anak tersebut dipulihkan hubungannya dengan keluarga kandungnya atau ditempatkan di rumah permanen (Fawley-King et al., 2017).

5. Isu hukum dan administrasi: Keluarga asuh mungkin menghadapi isu hukum dan administrasi terkait dengan penempatan anak, seperti proses pengadilan, jadwal kunjungan, dan administrasi dokumen yang diperlukan (Font and Gershoff, 2020).
6. Pendidikan: Anak-anak dalam perawatan asuh mungkin mengalami gangguan dalam pendidikan mereka akibat sering pindah dan kurangnya koordinasi antara sekolah. Keluarga asuh perlu berperan dalam memperjuangkan kebutuhan pendidikan anak dan bekerja sama dengan sekolah untuk memastikan mereka mendapatkan dukungan yang diperlukan (Sinha and McRoy, 2020).

Penting bagi keluarga asuh untuk mendapatkan dukungan dan sumber daya yang dapat membantu mereka mengatasi tantangan ini. Hal ini dapat mencakup akses ke konseling, pelatihan, dan bantuan keuangan. Peran keluarga asuh sangat penting dalam memberikan stabilitas dan dukungan kepada anak-anak yang telah mengalami trauma dan gangguan dalam kehidupan mereka.

3.7 Peran Perawat dalam Keperawatan Keluarga

Perawat memiliki peranan yang sangat penting dalam mendukung keperawatan keluarga. Beberapa peran yang dapat diberikan oleh perawat antara lain (Neylan et al., 2021):

1. Memberikan pendidikan: Perawat dapat memberikan pendidikan kepada keluarga campuran tentang tantangan unik yang mungkin mereka hadapi dan strategi untuk mengatasinya.
2. Menawarkan layanan konseling: Perawat dapat menawarkan layanan konseling kepada keluarga campuran untuk membantu mereka mengatasi dinamika kompleks dari unit keluarga mereka.

3. Memfasilitasi komunikasi: Perawat dapat memfasilitasi komunikasi antara anggota keluarga untuk membantu mereka membangun hubungan yang lebih kuat dan menyelesaikan konflik.
4. Memberikan pelayanan kesehatan: Perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada semua anggota keluarga campuran, termasuk anak tiri, dan membantu mereka mengelola masalah kesehatan yang mungkin mereka miliki.
5. Menjadi mentor: Perawat dapat berperan sebagai mentor bagi keluarga campuran, memberikan panduan dan dukungan saat mereka menghadapi tantangan dalam unit keluarga mereka.

Perawat memiliki peran penting dalam mendukung keluarga yang merawat anggota keluarga yang sakit. Perawat dapat memberikan dukungan emosional, edukasi, dan sumber daya untuk membantu keluarga menghadapi tantangan dalam merawat. Perawat juga dapat membantu keluarga mengenali dan menangani masalah yang mungkin timbul selama proses perawatan (Ellis et al., 2016).

Secara keseluruhan, perawat dapat berperan dalam mendukung keperawatan keluarga dengan memberikan pendidikan, konseling, fasilitasi komunikasi, pelayanan kesehatan, dan menjadi mentor, sehingga dapat membantu meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien dan keluarganya.

Bab 4

Struktur Peran dan Fungsi Keluarga

4.1 Pendahuluan

Pada setiap lapisan masyarakat akan ditemukan unit sosial terkecil yaitu keluarga. Menurut Friedman (1998) keluarga adalah dua orang atau lebih yang mempunyai kedekatan secara emosi dan aturan, hidup bersama, dan masing-masing memiliki peran yang harus dijalankan sebagai bagian dari kesatuan, yaitu keluarga. Di dalam keluarga terdapat ayah, ibu, dan anak-anak yang belum menikah. Untuk disebut sebagai keluarga sebagai sistem sosial tentunya harus termasuk struktur, kepercayaan, fungsi, tujuan, perasaan, peran, status dan aturan (Lestari and Pratiwi, 2018).

Khususnya untuk bab ini, akan dibahas mengenai struktur keluarga yang memberi pengaruh dalam menentukan akan fungsi dari keluarga dalam menjalani kehidupan berumah tangga. Struktur keluarga dapat dilihat status perkawinan, hubungan secara biologis dan juga bagaimana kemitraan terjalin. Bila dilihat dari kata struktur dan fungsi maka kedua hal tersebut adalah saling berkaitan satu dengan yang lain (Susanto et al., 2022).

Struktur pada dasarnya berdasarkan hubungan keluarga, organisasi dan pola perilaku keluarga. Misalnya, seorang perempuan dalam waktu yang bersamaan

menjadi ibu, istri, menantu di mana masing-masing mempunyai peran tersendiri, kebutuhan dan juga harapan yang berbeda-beda. Oleh sebab itu pola hubungan akan membentuk struktur peran dan kekuatan dalam keluarga. Cara keluarga menangani akan sumber masalah dapat berakibat pada bertumbuhnya atau menyusutkan struktur keluarga. Fungsi keluarga akan terganggu apabila terdapat struktur keluarga yang sangat kaku atau sangat fleksibel (Ginintasi, 2016).

4.2 Struktur Keluarga

Struktur keluarga akan dapat memberi gambaran mengenai bagaimana cara keluarga dalam melaksanakan fungsinya di lingkungan masyarakat.

4.2.1 Definisi Struktur Keluarga

Anggota dari struktur keluarga adalah ayah, ibu dan anak. Selain itu bisa juga kumpulan dari dua orang atau lebih yang terikat oleh pernikahan, demikian juga dengan kerabat yang sedarah ataupun anak angkat (Yatmini, 2011).

4.2.2 Ciri-ciri dari Struktur Keluarga

Beberapa ciri dari suatu struktur keluarga adalah sebagai berikut:

1. Teratur, saling berhubungan dan bergantung dengan anggota keluarga yang lain.
2. Mempunyai kekhususan dan perbedaan antara masing-masing anggota keluarga, oleh karena memainkan peran dan fungsi masing-masing.
3. Mempunyai keterbatasan, yang dimaksudkan adalah tiap anggota keluarga mempunyai kebebasan namun tetap memiliki keterbatasan oleh karena ada tanggung jawab dalam peran yang harus dijalankan untuk mencapai tujuan. Ini sebabnya sehingga setiap anggota keluarga tidak boleh dengan sembarangan karena ada batasan berdasarkan tanggung jawab masing-masing.

4.2.3 Tipe Struktur Keluarga

Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, yaitu (Susanto et al., 2022):

1. **Patrilineal**
Adalah tipe keluarga di mana terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi yang sedarah, dan hubungan disusun berdasarkan garis ayah.
2. **Matrilineal**
Adalah tipe keluarga di mana terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi yang sedarah, dan hubungan disusun berdasarkan garis ibu.
3. **Monogami**
Merupakan tipe keluarga yang mana didalamnya terdapat satu orang suami dan satu orang istri.
4. **Poligami**
Yaitu keluarga yang didalamnya terdapat satu orang suami dan dua orang istri atau lebih.
5. **Matrilokal**
Merupakan pasangan suami dan istri yang tinggal bersama atau dekat dengan kerabat dari pihak istri.
6. **Patrilokal**
Merupakan pasangan suami dan istri yang tinggal bersama atau dekat dengan kerabat dari pihak suami
7. **Neolokal**
Suami istri yang tinggal tidak berdekatan dengan kerabat mereka.
8. **Keluarga kawin**
Yaitu hubungan antara suami dan istri yang merupakan dasar dari pembinaan suatu keluarga dan beberapa kerabat yang menjadi bagian keluarga.
9. **Keluarga kebapaan**
Di dalam keluarga ini suami atau ayah memegang peran yang paling utama.

10. Keluarga keibuan

Di dalam keluarga ini istri atau ibu memegang peran yang paling utama.

11. Keluarga setara

Di dalam keluarga ini baik istri maupun suami mempunyai peran penting yang sama.

4.2.4 Elemen Dalam Struktur Keluarga

Menurut Friedman (1998) ada beberapa elemen yang menyusun akan struktur keluarga, yaitu:

1. Nilai atau Norma keluarga

Hal ini mengacu pada berbagai keyakinan, aturan, ekspektasi bahkan tradisi yang ada dan diikuti oleh semua anggota keluarga dalam satu masyarakat. Nilai keluarga ini yang akan membentuk akan dasar dari bagaimana pola perilaku, hubungan antar sesama anggota keluarga, dan interaksi sosial dalam keluarga.

Nilai-nilai keluarga bervariasi di setiap budaya dan tentunya lingkungan sosial. Misalnya, saling menghormati, solidaritas, kasih sayang, kerjasama, tanggung jawab, pengorbanan, keadilan, rasa hormat dan menghargai antar sesama anggota keluarga.

Norma dalam keluarga ini yang memiliki peran penting dalam pembentukan kestabilan dan harmoni keluarga.

2. Struktur kekuatan dalam keluarga

Hal ini mengacu pada bagaimana cara anggota keluarga untuk memberi pengaruh dan mengatur orang lain dalam hal menjalankan perilaku sehat dalam keluarga.

3. Pola komunikasi dalam keluarga

Cara anggota keluarga berinteraksi atau berkomunikasi satu sama lain. Termasuk diantaranya saluran komunikasi, cara atau gaya berkomunikasi, bagaimana keterbukaan dalam komunikasi, dan pola interaksi secara verbal maupun nonverbal.

Di setiap keluarga pola komunikasi bervariasi, pola komunikasi umum yang digunakan adalah:

- a. Gaya komunikasi terbuka, adanya keterbukaan dan kejujuran dalam mengungkapkan perasaan, kebutuhan dan pendapat.
 - b. Gaya komunikasi tertutup, cenderung menahan diri untuk memberi pendapat atau mengeluarkan perasaan. Dalam keluarga ini bisa saja bila berbicara terbuka tidak akan dihargai, sehingga tidak ada ruang untuk menyampaikan keinginan secara bebas.
 - c. Komunikasi yang agresif, komunikasi yang terjalin adalah bersifat konfrontatif, mengancam dan penuh dengan kekerasan. Terdapat juga konflik oleh karena penggunaan bahasa verbal dan nonverbal yang tidak baik.
 - d. Komunikasi yang dominan, di dalam keluarga ada beberapa anggota keluarga yang dominan dalam berbicara. Mereka biasanya menguasai akan percakapan, mengambil keputusan secara sepihak.
 - e. Komunikasi yang demokratis, semua pendapat akan sangat dihargai, oleh karena dipertimbangkan oleh semua anggota dalam keluarga. Cara yang paling sering digunakan adalah diskusi untuk mencapai kesepakatan.
 - f. Komunikasi yang pasif, terdapat anggota keluarga yang tidak ingin terjadi konflik sehingga berusaha untuk menyembunyikan akan perasaan, dan sungkan untuk menyampaikan apa yang menjadi pendapat atau kebutuhan.
4. Struktur peran dalam keluarga
- Hal ini menjelaskan peran dari setiap anggota keluarga baik itu di dalam ruang lingkup keluarga dan juga di masyarakat, baik secara informal maupun formal.
- a. Peran informal
- Hal ini biasanya tidak terlihat, karena mempunyai fungsi yaitu memenuhi kebutuhan emosional seseorang dan untuk menjaga stabilitas dalam keluarga. Peran ini tidak didasarkan atas jenis

kelamin, usia, tapi pada karakter atau kepribadian yang ada pada seseorang (Ginintasi, 2016).

b. Peran formal

Seperti siapa yang bertugas sebagai pencari nafkah, mengurus rumah tangga, juru masak, teknisi rumah, dan lain-lain. Biasanya status sosial sebagai suami atau isteri yang akan membentuk peran dasar ini.

4.3 Struktur Peranan Keluarga

Menurut Salamung et al., (2021), peran adalah sesuatu yang secara normatif diharapkan dari seseorang yang berada dalam ruang lingkup sosial, agar dapat memenuhi akan harapan-harapan. Peran keluarga adalah perilaku atau tingkah laku yang spesifik diharapkan dari seseorang yang berada dalam keluarga. Hal ini menggambarkan adanya sifat, perilaku interpersonal dan kegiatan yang berkaitan dengan posisi individu yang berada pada situasi tertentu. Pada akhirnya peran individu adalah berdasarkan pola perilaku keluarga, harapan dari keluarga dan masyarakat.

Undang-Undang Kesehatan No. 23 pasal 5', (1992) menjelaskan bahwa tiap keluarga mempunyai kewajiban untuk dapat memelihara kesehatan dan berusaha untuk membuat sehat akan anggota keluarganya, sehingga dapat menciptakan derajat kesehatan yang optimal.

Berikut merupakan beberapa peran dari anggota keluarga yaitu:

1. Ayah: adalah sebagai sosok yang memimpin keluarga, pendidik, pencari nafkah, pelindung, dan membuat rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga anggota masyarakat lain.
2. Ibu: sosok yang mengurus segala sesuatu yang berhubungan dengan rumah tangga, baik itu pengasuh dan pendidik anak, pelindung bagi keluarga dan bisa juga membantu suami dengan cara mencari nafkah tambahan.
3. Anak: pelau psikososial yang harus sesuai dengan tahap perkembangannya baik secara fisik, mental, sosial dan spiritual.

4.4 Struktur Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1998) bahwa kebanyakan literatur sosiologis memandang keluarga sebagai suatu subsistem dari masyarakat yang lebih luas dengan beberapa asumsi sebagai berikut:

1. Keluarga adalah sebagai sistem sosial yang menjalankan akan fungsinya masing-masing untuk melayani individu lain.
2. Keluarga adalah merupakan suatu kelompok kecil di mana terdapat sifat-sifat generik tertentu yang sangat lazim bagi kelompok kecil yang lain.
3. Keluarga adalah sistem sosial yang penuh dengan syarat-syarat fungsional.
4. Individu akan bertindak sesuai dengan norma yang berlaku dalam keluarga lewat sosialisasi.

Dalam sistem keluarga, fungsi paling mendasar adalah untuk menyediakan kondisi lingkungan yang sesuai dan optimal dilihat dari aspek fisik, mental, sosial dan spiritual (Herawati et al., 2020). Fungsi ini sangat berkaitan erat dengan bagaimana anggota membangun hubungan sehingga tercipta komunikasi yang baik, bagaimana memelihara hubungan yang baik antar sesama anggota, mengambil keputusan, dan juga memecahkan masalah bersama. (Salamung et al., 2021).

Bila pada kenyataannya keluarga tidak berfungsi sebagaimana mestinya, maka akan muncul faktor-faktor negatif bagi keluarga dan juga masyarakat. Sehingga fungsi keluarga harus dijalankan secara baik oleh semua anggota keluarga untuk perkawinan yang bahagia dan sukses. Fungsi keluarga juga hendaknya dijadikan sebagai suatu pedoman dan penunjang untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas dan sejahtera. Hal ini membutuhkan pemahaman yang sebaik mungkin oleh semua anggota keluarga, maupun pasangan yang nantinya akan membangun sebuah keluarga, agar dapat mempersiapkan diri dalam memimpin keluarga dengan baik. bila semua peran dalam keluarga dijalankan dengan baik maka masalah akan mampu dipecahkan dengan mudah, akan ada saling mendukung, komunikasi yang terjalin adalah efektif (Maulina and Amalia, 2019).

Menurut Who fungsi keluarga terdiri atas (Husaini, 2017):

1. Fungsi Biologis
Menghasilkan keturunan, membesarkan anak, merawat anggota keluarga, memenuhi akan kebutuhan asupan gizi dari keluarga.
2. Fungsi Psikologi
Memenuhi akan kebutuhan kasih sayang, memberi perhatian, memberi rasa aman, dan membangun akan kedewasaan anggota keluarga, demikian juga dengan membantu dalam mencapai identitas keluarga.
3. Fungsi Sosialisasi
Mengajarkan cara sosialisasi, bagaimana mempromosikan norma yang sesuai dengan tahap perkembangan.
4. Fungsi Ekonomi
Kemampuan dari anggota keluarga untuk bekerja dan menghasilkan pendapatan, mengatur cara menggunakan pendapatan agar bisa terpenuhi semua kebutuhan keluarga.
5. Fungsi Pendidikan
Mendidik anak sesuai dengan tahap perkembangan, mengajarkan keterampilan, pengetahuan, dan bantu anak menemukan bakat dan minat, serta mempersiapkan anak untuk memenuhi akan peranannya ketika dewasa nanti.

Sedangkan menurut Friedman (1998) terdapat lima fungsi pokok keluarga, yaitu:

1. Fungsi Reproduksi
Suatu kehidupan dimulai dari hubungan antara suami dan istri dan ini terkait dengan pola reproduksi. Oleh sebab itu kehadiran keluarga adalah untuk menjaga kelangsungan dari suatu keluarga.
2. Fungsi Afektif
Didapatkan di dalam keluarga, bukan dari orang luar. Sehingga diperlukan unsur untuk mendukung akan fungsi ini yaitu: kepedulian antar sesama anggota keluarga, rasa hormat, dukungan, mendapatkan kasih sayang, perhatian dan juga kehangatan. Pengalaman yang

didapatkan melalui fungsi ini akan membentuk perkembangan pribadi dan psikologis seseorang.

3. Fungsi Sosial

Keluarga merupakan tempat untuk melatih anak dalam mengembangkan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang yang berada di luar rumah. Dengan kata lain, rumah merupakan tempat untuk latihan untuk sosialisasi, agar dapat terbentuk perkembangan individu dan keluarga yang sesuai. Dalam fungsi ini anggota keluarga mempelajari mengenai aturan, budaya, disiplin dan perilaku melalui cara berinteraksi di dalam keluarga.

4. Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi yang penting karena dengan situasi keuangan yang stabil akan menjamin tercukupinya kebutuhan anggota keluarga sehingga setiap anggota keluarga dapat menjalankan tugas dan perannya dengan baik. fungsi ini berupa bagaimana mengatur keuangan, jumlah yang dibelanjakan, perencanaan pensiun, dan juga perihal tabungan.

5. Fungsi Perawatan

Keluarga adalah tempat rujukan paling utama dari anggotanya. Oleh sebab itu fungsi ini penting untuk menjaga agar semua tetap sehat dan juga produktif dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan dari keluarga untuk menyediakan perawatan kesehatan akan memengaruhi status kesehatan dari masing-masing anggota.

Bab 5

Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Keluarga

5.1 Peran Perawat Keluarga

Dunia keperawatan saat ini semakin berkembang. Hampir dua dekade telah berlalu sejak profesi ini menuntut perubahan paradigma. Perawat, yang sebelumnya hanya menjalankan perintah dokter, sekarang berusaha menjadi mitra kerja dokter, seperti yang terjadi di negara maju. Dianggap sebagai salah satu cabang kesehatan, perawat harus berpartisipasi dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan baik di Indonesia maupun di seluruh dunia.

Keperawatan adalah pekerjaan yang menghadapi banyak tantangan, bukan hanya dari luar, tetapi juga dari dalam. Jadi, untuk menjadi perawat profesional, perawat harus memiliki kemampuan yang diperlukan. Perawat saat ini membutuhkan pengetahuan dan keterampilan di berbagai bidang untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang meningkat. Perawat sekarang memiliki tugas yang lebih luas dengan fokus pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit serta melihat klien secara keseluruhan.

Ada Beberapa peranan yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di sasaran keluarga

5.1.1 Pelaksana

Pelaksana: Peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana adalah menyediakan perawatan melalui pendekatan proses keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Karena kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, dan kurangnya keamanan untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri, mereka menerima layanan. Mereka melakukan hal-hal untuk memotivasi, mencegah, kuratif, dan rehabilitatif (Fadhilah dkk., 2021) .

Perawat memberikan layanan kesehatan langsung kepada keluarga dengan melakukan penelitian, memilih masalah, membuat rencana dan tindakan keperawatan, dan kemudian menilai atau menilai tingkat keberhasilan.

Perawat berusaha untuk menyesuaikan diri dengan keadaan keluarga dan memanfaatkan sumber daya yang ada di sekitar keluarga (Fadhilah dkk., 2021).

Perawat sebagai praktisi atau pelaksana memiliki tugas memberikan layanan keperawatan secara langsung mulai dari penelitian hingga evaluasi dengan pendekatan berorientasi proses keperawatan. Penyandang disabilitas fisik dan mental yang mengalami keterbatasan pengetahuan dan kurangnya rasa aman dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri melalui pelayanan ini. Promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi dilakukan (Fabanyo dkk., 2023).

5.1.2 Pendidik

pendidik: Peran dan fungsi perawat sebagai pendidik adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan, menentukan tujuan, mengembangkan, merencanakan, dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat hidup sehat secara mandiri (Fabanyo dkk., 2023).

Sebagai Pendidik: Peran perawat sebagai pendidik adalah memberikan pengajaran tentang pengetahuan dan keterampilan dasar kepada orang lain. Perawat menjelaskan apa yang pasien kurang mengerti tentang fasilitas dan hal lainnya dalam jurnal ini (Fau & Simatupang, 2023).

Perawat memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga dalam rentang sehat dan sakit dengan tujuan agar keluarga dapat melakukan program asuhan keperawatan keluarga secara mandiri dan bertanggung jawab atas masalah yang mereka hadapi. Seorang perawat harus tahu bagaimana keluarga dapat

melakukan proses belajar, karena proses belajar sangat individual (Fadhilah dkk., 2021).

5.1.3 Konselor

Konselor: Peran perawat sebagai konselor adalah menawarkan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga untuk membantu mereka mengatasi masalah kesehatan mereka dengan menggabungkan pengalaman masa lalu mereka dengan pengalaman saat ini (Fabanyo dkk., 2023) .

Perawat sebagai konsultan berarti bahwa mereka berkonsultasi dengan pasien dan memberikan informasi, dukungan, atau instruksi tentang tujuan pelayanan keperawatan. Klien perlu mendapatkan informasi dan berbicara dengan profesional kesehatan saat mereka membuat keputusan tentang pengobatan mereka (Fau & Simatupang, 2023).

5.1.4 Kolaborator

Tugas perawat adalah bekerja sama dengan banyak orang saat membantu masalah kesehatan keluarga. Perawat membantu keluarga mendapatkan kesehatan. Rencana dan koordinasi yang baik memungkinkan pelaksanaan perawatan berkelanjutan. Oleh karena itu, ketika seorang pasien telah pulang dari rumah sakit tetapi masih memerlukan perawatan lanjutan, perawat dapat membantu mengatur perawatan lanjutan di rumah (Fadhilah dkk., 2021) .

5.1.5 Advokad

Perawat bertanggung jawab untuk melindungi hak-hak keluarga dalam mendapatkan perawatan kesehatan, terutama dalam kasus di mana keluarga seringkali tidak mendapatkan perawatan yang sesuai atau bahkan dirugikan, tetapi keluarga tidak menyadari hal ini. Perawat bertindak sebagai pengacara keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga mereka. Perawat diharapkan mampu memahami harapan dan memodifikasi sistem perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga. Memahami hak dan kewajiban keluarga sebagai klien memudahkan tugas perawat untuk memandirikan keluarga (Fadhilah dkk., 2021).

Peran perawat sebagai advokat mencakup melakukan sesuatu untuk kepentingan masyarakat atau mencegah kesalahan yang tidak diinginkan saat pasien menjalani pengobatan. Saat pasien bingung dan berusaha memutuskan

pilihan terbaik untuk kesehatannya, perawat harus memberikan informasi lengkap kepada pasien dan berusaha menolak tindakan yang dapat membahayakan kondisi pasien (Fau & Simatupang, 2023).

5.1.6 Koordinator

Perawat bertanggung jawab untuk memberikan keperawatan yang komprehensif untuk menghindari perbedaan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit).

5.1.7 Fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya bagi individu, keluarga, dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari (Fadhilah et al., 2021). Mereka juga dapat membantu menemukan solusi. Perawat fasilitator harus membuat layanan kesehatan mudah diakses sehingga perawat dengan mudah menangani masalah keluarga (Kesuma et al., 2023). Sebagai fasilitator, perawat harus memberikan waktu kunjungan yang lebih lama kepada keluarga pasien menjelang kematian untuk memberi mereka waktu lebih lama untuk bersama, atau perawat harus mendampingi pasien saat dia meninggal (Nurfantri et al., 2022).

5.1.8 Case Manager

Perawat yang bekerja di fasilitas kesehatan memiliki kesempatan untuk bertindak sebagai case manager bersama program lainnya dan dengan masyarakat secara langsung karena mereka mengetahui bagaimana masalah berkembang dan bagaimana menyelesaikannya. Sebagai contoh, kegiatan home visit perawat menjadi prioritas bagi keluarga dengan anak dengan gangguan pertumbuhan dan gizi kurang. Secara kerja sama lintas program dengan tim gizi, tindak lanjut keluarga harus dilakukan melalui edukasi dan konsultasi kepada keluarga. Temuan tersebut berasal dari perawat yang melakukan kunjungan, sehingga perawat bertanggung jawab sebagai case manager untuk mengatur jadwal kunjungan, menentukan apakah kunjungan itu penting atau tidak, membuat rencana tindak lanjut, dan merencanakan kegiatan lain yang berkaitan dengan masalah kesehatan keluarga (Nuriyanto, 2020).

5.1.9 Role Model

Peran perawat panutan (Role Model) perawat kesehatan masyarakat harus dapat memberikan contoh yang baik dalam bidang kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Mereka harus memberikan contoh bagaimana masyarakat dapat mengikuti gaya hidup sehat (Harmili & Hatuwe, 2021). Perawat harus menjadi role model bagi pasiennya dan harus menunjukkan model perilaku yang adaptif karena perawat yang mengalami masalah pribadi dapat memengaruhi kualitas layanan yang mereka berikan. Dengan demikian, perawat kesehatan masyarakat harus mampu membedakan antara masalah pribadi mereka dan masalah profesional mereka (Nies & Anef, 2018).

Selain peran perawat di atas perawat juga mempunyai peran untuk pencegahan primer, sekunder dan tertier (Fadhilah dkk., 2021).

1. Pencegahan Primer

Perawat dapat membantu meningkatkan kesehatan dan mencegah sakit dengan mendidik keluarga tentang pentingnya menjaga kesehatan dan mencegah sakit.

2. Pencegahan Sekunder

Upaya untuk menemukan dan menangani kelompok berisiko dengan cepat untuk mencegah dampak Lanjut. Tujuan pencegahan sekunder adalah untuk menghentikan penyakit berkembang dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Merujuk semua anggota keluarga untuk melakukan skrining, melakukan pemeriksaan, dan memeriksa riwayat adalah beberapa contoh tindakan.

3. Pencegahan Tertier

Rehabilitasi adalah langkah pencegahan tersier yang paling penting. Rehabilitasi melibatkan pemulihan orang yang cacat karena penyakit atau Luka sehingga mereka dapat berguna secara fisik, sosial, dan emosional pada tingkat yang paling tinggi. Pada upaya pencegahan tersier ini, peran perawat dimaksudkan untuk mengurangi luas dan tingkat keparahan masalah kesehatan, sehingga meminimalkan ketidakmampuan dan memelihara fungsi tubuh.

5.2 Fungsi Perawat Keluarga

Fungsi perawat adalah pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan sesuai dengan peran mereka. Fungsi ini dapat berubah tergantung pada situasi, dan perawat melakukan berbagai tugas dalam pekerjaan mereka, termasuk fungsi independen, dependen, dan interdependen (Agatha & Siregar, 2023).

5.2.1 Fungsi Independen

Fungsi yang mandiri dan tidak tergantung pada orang lain. Di dalamnya, perawat melakukan tugasnya sendiri dan membuat keputusan sendiri tentang apa yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti keamanan, cairan dan elektrolit, nutrisi, aktivitas, dan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan untuk aktualisasi diri, harga diri, dan cinta (Debby et al., 2022). Dengan mempertimbangkan ilmu keperawatan dan keterampilan mereka, perawat dapat secara mandiri mengambil keputusan dan tindakan yang paling tepat. Keputusan dan tindakan yang diambil oleh perawat akan menjadi tanggung jawab penuh perawat sendiri, tanpa melibatkan pihak lain (Paramitha et al., 2022). Tindakan perawat dalam fungsi ini tidak memerlukan perintah dokter. Menurut ilmu keperawatan, tindakan perawat berbeda-beda. Oleh karena itu, perawat bertanggung jawab atas hasil tindakan yang dilakukan. Salah satu contoh bagaimana perawat melakukan tugasnya sendiri adalah mengevaluasi status kesehatan pasien atau keluarganya dengan melihat sejarah kesehatan mereka secara menyeluruh, mengidentifikasi langkah-langkah keperawatan yang mungkin diambil untuk mempertahankan atau memperbaiki kondisi, membantu pasien melakukan aktivitas sehari-hari mereka, dan mendorong orang untuk bertindak secara rasional (Febriana, 2017).

5.2.2 Fungsi Dependen

Perawat melakukan tugasnya berdasarkan instruksi atau pesan dari perawat lain dalam fungsi dependen. Ini disebut sebagai pelimpahan tugas. Ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana (Debby et al., 2022). Dalam fungsi independen, perawat diharuskan melakukan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan dasar kliennya secara mandiri (Zaini, 2020). Perawat membantu dokter memberikan perawatan medis dan tindakan yang seharusnya dilakukan oleh dokter, seperti pemasangan infus, pemberian obat, dan melakukan suntikan. Akibatnya,

dokter bertanggung jawab atas setiap kegagalan tindakan medis (Budiono & Pertami, 2022).

5.2.3 Fungsi Interdependen

Fungsi interdependen terjadi dalam kelompok tim yang bergantung satu sama lain. Ini terjadi ketika berbagai jenis pelayanan membutuhkan kerjasama tim, seperti memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang menderita penyakit kompleks yang tidak dapat diselesaikan hanya dengan tim perawat. Dokter dan pasien juga perlu bekerja sama untuk memberikan tanda penanganan (Debby et al., 2022). Tindakan perawat bergantung pada kerja sama tim perawatan atau tim medis. Contoh untuk membantu ibu hamil dengan diabetes, contohnya, perawat dan tenaga gizi bekerja sama untuk membuat rencana makanan untuk ibu dan perkembangan janin (Budiono & Pertami, 2022).

Bab 6

Komunikasi dan Edukasi dalam Keperawatan Keluarga

6.1 Pendahuluan

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, dan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) di mana tujuan akhirnya adalah tercapainya keluarga sehat. Keluarga sebagai bentuk pendekatan dalam terlaksananya program Indonesia Sehat dan merupakan pendekatan Puskesmas meningkatkan layanan di pelayanan kesehatan wilayah kerja.

Hal ini juga membantu untuk memberikan intervensi secara promotif dan preventif dalam meningkatkan kualitas kesehatan. Untuk mendukung hal tersebut perlunya edukasi kesehatan di keluarga. Edukasi tersebut memerlukan komunikasi yang efektif dalam pelaksanaannya agar hasilnya lebih terlihat.

6.2 Komunikasi

Komunikasi merupakan tersampainya pesan langsung atau tidak melalui media ke penerima pesan yang bertujuan mendapatkan tanggapan. Respon didapatkan dikarenakan adanya pesan yang dipahami oleh setiap pihak.

Informasi berupa suatu penjelasan, ide atau hal nyata yang perlu dipahami masyarakat/keluarga dan dapat dimanfaatkan.

Edukasi yaitu aktivitas yang bertujuan adanya perubahan kognitif, sikap, dan psikomotor seseorang.

6.2.1 Komunikasi perubahan perilaku

Komunikasi bermanfaat untuk menghilangkan kesulitan agar terjadi perubahan norma dan sosial, terutama dalam keluarga. Dikarenakan keluarga merupakan suatu lembaga terkecil di dalam masyarakat.

Perubahan perilaku secara berkelanjutan dipengaruhi beberapa faktor: yaitu:

1. Lingkungan kebijakan.
Meliputi sumber daya, regulasi, kepemimpinan yang menjadi pedoman dalam melaksanakan perubahan sosial.
2. Sistem dan produk layanan kesehatan.
Contoh: situasi pandemi Covid-19 memerlukan standar dan tersedianya layanan, sistem rujukan.
3. Norma .
Norma yang terdapat di keluarga, teman sebaya, menjadi faktor utama seseorang dalam mengadopsi kognitif atau psikomotor baru.
4. Individu.
Seringkali pada tingkatan ini, butuh peningkatan pengetahuan namun memperhitungkan keuntungan dan kerugian jika melakukan perilaku baru yang diharapkan. Atau dengan kata lain, seorang individu saat diminta untuk melakukan perubahan perilaku, cenderung menghitung baik buruknya jika meninggalkan perilaku yang dilakukan sebelumnya.

6.2.2 Kategori KIE

1. Individu/keluarga: proses antara petugas KIE dengan individu yang menjadi sasaran program, misalnya dilakukan meditasi, refleksi diri, berdoa. Media KIE yang digunakan bisa merupakan alat peraga, bahan bacaan, video.

2. Kelompok: secara langsung antara petugas KIE dengan kelompok (2-15) orang, misalnya diskusi kelompok (FGD).
Media yang digunakan bisa berupa alat peraga, video, buku panduan, modul, film-film pendek,
3. Massa: pemaparan program yang dilakukan secara langsung atau tidak langsung pada kelompok besar di suatu wilayah. Berupa seminar, kampanye, seruan moral/ Pernyataan sikap, dll.
Media yang digunakan bisa melalui stiker, poster, siaran radio, TV, surat kabar, leaflet/brosur, media sosial, dll.

6.2.3 Kerangka dalam Mengembangkan Komunikasi Kesehatan

1. Perencanaan dan strategi pengembangan
 - a. Dasar bagi program komunikasi dan sangat penting bagi seluruh prosesnya dan menciptakan komunikasi yang efektif.
Memahami Kebutuhan sasaran pendidikan kesehatan dan Kebutuhan pembelajaran
 - b. Mengurangi perubahan yang membutuhkan biaya yang tinggi saat program telah dijalankan.
 - c. Perencanaan yang dimaksud disini adalah menentukan sasaran, informasi yang sudah diketahui audience, tujuan dari pendidikan kesehatan, masalah kesehatan yang menjadi tren saat ini, dan yang saat ini diminati oleh masyarakat.
2. Mengembangkan dan menguji konsep; pesan dan materi
Merupakan lanjutan dari langkah pertama. Tujuannya agar dapat membantu memilih bentuk komunikasi yang sesuai dalam menyalurkan dan memproduksi materi yang relevan. Langkah ini merupakan metode seorang tenaga kesehatan menyampaikan atau mengkomunikasikan pesan kesehatan. Selain metode, media juga merupakan hal penting dalam penyampaian komunikasi kesehatan. Kegiatan yang dilakukan dalam tahap ini adalah identifikasi pesan/materi, apakah menggunakan materi yang sudah ada atau yang baru, pilih metode, mengembangkan materi yang relevan dengan

target audiens, lakukan pre test dan post mengenai materi yang diberikan untuk mendapatkan tanggapan.

3. Implementasi program

Petugas kesehatan memberikan pesan pendidikan kesehatan dan program kesehatan pada audiens, juga memperbaiki komponen yang diperlukan. Proses implementasi dilakukan dengan cara menguji prosedur, petugas yang terlibat dalam program dan pesan seperti monitor media, mengidentifikasi reaksi dari sasaran dan menyampaikan jadwal kegiatan; biaya pengeluaran.

Kegiatan disini juga memerlukan kerjasama dengan organisasi masyarakat; pusat pendidikan; bisnis; media dan agen kesehatan lain, memonitor kegiatan dan melihat kemajuan, juga menciptakan alat ukur evaluasi.

4. Menilai efektifitas dan membuat perbaikan

Melakukan evaluasi apakah ada terjadi perubahan dalam pengetahuan, perilaku dan sikap. Evaluasi disini bertujuan untuk membantu terus menerus memperbaiki pesan kesehatan dan respon terhadap kebutuhan sasaran pendidikan kesehatan. Informasi yang baru membantu validasi kekuatan program dan memfasilitasi modifikasi yang diperlukan.

6.3 Edukasi keluarga

6.3.1 Edukasi Kesehatan/Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan yaitu suatu proses terstruktur dan bentuk intervensi utama terhadap perilaku yang bertujuan untuk memengaruhi kognitif, sikap dan psikomotor seseorang; kelompok; masyarakat sehingga tercapai peningkatan kesehatan (Sulistyoningih, 2012).

Melalui edukasi/ pendidikan kesehatan diharapkan meningkatkan pengetahuan kemampuan masyarakat dan memandirikan masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga dengan media KIE.

6.3.2 Hubungan Pendidikan Kesehatan Dengan Perilaku Dan Sikap Pada Keluarga

Perilaku terdiri dari tiga domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif dinilai dari pengetahuan seseorang terhadap sesuatu hal yang sedang dipelajari atau yang akan dipelajari. Pengetahuan merupakan hal utama terbentuknya psikomotor seseorang. Diperlukan sebagai dorongan psikis dalam menumbuhkan sikap dan perilaku setiap hari, dan dapat dikatakan sebagai stimulasi terhadap tindakan/perilaku seseorang.

Sikap berbeda dengan perilaku, dan perilaku tidak selalu mencerminkan sikap seseorang. Sikap dapat berubah seiring dengan bertambahnya informasi mengenai hal yang dipelajari, melalui persuasif serta dorongan dari kelompok sosialnya. Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan.

Jadi edukasi kesehatan keluarga dikatakan berhasil jika seseorang yang menjalankan proses perubahan secara kognitif, akan terjadi juga perubahan sikap dan perilaku. Hal ini sesuai dengan penelitian Tria, Fauza, Inne dan Zahrofa 2021, terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik mengenai nutrisi ibu hamil setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Diperkuat dengan hasil penelitian, edukasi kesehatan keluarga perawatan diare terbukti efektif meningkatkan kapasitas ibu dalam perawatan anak diare di rumah sakit. Kognitif, afektif, dan psikomotor yang baik dalam perawatan dapat mensupport terlaksananya konsep family centered care melakukan asuhan keperawatan khususnya keluarga yang memiliki anak.

6.3.3 Langkah langkah

1. Analisis situasi.

Tentukan faktor utama terjadinya suatu masalah kesehatan di keluarga, misalnya stunting.

Faktor terjadi stunting yaitu kurangnya konsumsi makanan bergizi bagi ibu hamil.

2. Observasi perilaku penyebab dari faktor terjadinya masalah di keluarga.

Berikan pertanyaan terhadap perilaku yang didapatkan untuk meyakinkan bahwa perilaku tersebut adalah perilaku utama yang menjadi penyebab dari masalah utama stunting.

Contoh: perilaku ibu hamil yang mengutamakan suami dan anaknya untuk mengonsumsi makanan bergizi, sehingga berakibat ibu hamil kurang mendapatkan pasokan konsumsi bergizi dalam kehamilannya.

3. Pertajam analisa perilaku utama dengan memberikan pertanyaan
 - a. Apakah perilaku keluarga bergantung pada akses terhadap sumber daya, pelayanan umum, atau infrastruktur? Misalnya, ketersediaan dan akses terhadap makanan? Apakah ada hubungannya dengan layanan Posyandu? Apakah terkait jamban sehat? • Jika iya, apa saja sumber daya, layanan umum atau infrastruktur yang tersedia?
 - b. Apakah perilaku tersebut gampang untuk diubah? Tindakan yang harus sering dilakukan setiap hari seperti cuci tangan, akan lebih sulit dirubah dibandingkan perilaku yang terjadi hanya satu kali saja dalam hidup seperti menyusui.

Perilaku yang kompleks membutuhkan informasi lebih rinci, seperti jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi, dan disesuaikan dengan umur anak tersebut.

Perilaku yang sulit diubah adalah yang sudah melekat dengan budaya setempat.
 - c. Apakah memiliki perilaku perantara?

Perilaku perantara yaitu perilaku yang memungkinkan perubahan satu atau sejumlah perilaku lainnya.

Misalnya; perilaku ibu yang rajin menghadiri kelas ibu hamil di mana petugas kesehatan memberikan edukasi mengenai kepatuhan minum obat tablet tambah darah dan konsumsi makanan bergizi, dapat memotivasi ibu untuk mematuhi dua perilaku secara keseluruhan (taat minum tablet tambah darah dan konsumsi makanan bergizi).

4. Pastikan tersedianya faktor dukungan mengatasi perilaku utama tersebut.

Faktor pendukung yang perlu diperhatikan; ketersediaan dana; sumber daya manusia/tenaga ahli; layanan kesehatan, dan kecukupan waktu

5. Tentukan tahap rencana perilaku utama.

Buat perencanaan terhadap perilaku prioritas tersebut. Misalnya: berapa perilaku utama yang akan diintervensi setiap tahunnya sepanjang periode atau waktu program penyelesaian masalah kesehatan di keluarga.

6.3.4 Pemilihan Media

1. Fokus dengan sasaran yang dituju (kelompok anak, orang tua, guru, masyarakat, atau aparat desa, keluarga)
2. Strategi, yaitu metode yang tepat dalam memberikan pesan .
3. Meningkatkan arus komunikasi, dan mengefektifkan semua media KIE.
4. Menyusun materi yang akan disampaikan
5. Desain Media, merancang media yang efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Penentuan gambar, cover serta memperhatikan estetika agar menarik perhatian masyarakat
6. Kegiatan KIE.
7. KIE yang sudah disusun dan didesain dengan tepat didistribusikan ke kelompok masyarakat sasaran.
8. Evaluasi.

Menilai ulang materi KIE yang sudah dibuat dan yang sudah didistribusikan. Dievaluasi kemanfaatannya bagi masyarakat dan dampak dalam perubahan afektif dan psikomotor masyarakat.

6.3.5 Strategi Implementasi Edukasi Kesehatan dalam Keluarga

1. Memodifikasi pesan dari masalah kesehatan keluarga yang akan diselesaikan
 - a. Pengembangan isi atau materi relevan dengan budaya dan bahasa yang dimiliki keluarga.
 - b. Menampilkan media realia (bahan media sesuai dengan masalah yang diselesaikan)
 - c. Modifikasi diit local/ daerah yang belum memenuhi syarat nutrisi seimbang, jika masalah keluarga mengenai gizi
2. Memandirikan masyarakat agar memiliki peran aktif dalam kegiatan penyuluhan
 - a. Memberikan informasi, orientasi, pelatihan terhadap pemuka masyarakat seperti pemuka agama, tokoh masyarakat, guru, kader, penyuluh agar terjadi peningkatan pengetahuan, kemampuan dan keterampilan mengenai masalah kesehatan keluarga.
 - b. Menjalin kemitraan dengan tokoh lokal, ormas dan LSM setiap kegiatan edukasi
 - c. Pemanfaatan forum komunikasi masyarakat untuk membentuk kelompok FGD untuk meningkatkan pengetahuan sikap, keterampilan pada masalah.
3. Melalui pendekatan yang berkesinambungan
 - a. Penyampaian informasi dan pelatihan petugas penyuluhan gizi dari berbagai institusi terkait seperti bidang Kesehatan, tokoh agama, organisasi masyarakat, LSM
 - b. Pemanfaatan kegiatan yang tumbuh dan berkembang di masyarakat misalnya upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM), arisan, perkumpulan keagamaan
 - c. Memanfaatkan fasilitas komunikasi yang tepat sesuai dengan ketersediaan dan kebutuhan lokal untuk kegiatan advokasi
 - d. Komunikasi massa

4. Kegiatan secara lintas sektor dan program:
 - a. Edukasi masalah kesehatan keluarga dilaksanakan secara terkoordinasi dengan berbagai institusi pemerintah melalui teamwork dalam berbagai tingkatan
 - b. Koordinasi dilakukan oleh pemerintah daerah
 - c. Kegiatan edukasi dilaksanakan secara keseluruhan dan menyesuaikan dengan kegiatan dari program puskesmas/pemerintah yang terkait.

Bab 7

Etika dalam Keperawatan Keluarga

7.1 Pendahuluan

Aspek etika keperawatan merupakan hal penting bagi perawat di pelayanan. Pelayanan keperawatan ini tidak hanya terbatas di area rumah sakit dan klinik tetapi juga di tatanan masyarakat termasuk di keluarga. Banyaknya kasus pelanggaran etik yang terjadi di Indonesia seperti bayi cedera akibat ditinggal perawat, salah suntik, salah pemberian obat, pasien terjatuh karena kurang pengawasan, pembiaran pasien sehingga terlambat mendapatkan penanganan merupakan hal-hal yang masih sering terjadi kepada pasien dalam bidang keperawatan. Hal tersebut dapat saja terjadi akibat perawat kurang memperhatikan prinsip etika dalam asuhan keperawatan.

Perawat pada tatanan keperawatan keluarga juga harus memperhatikan aspek etika dalam memberikan asuhan kepada klien. Bentuk pelanggaran etika pada tatanan keluarga diantaranya adalah kelalaian perawat, melakukan tindakan kepada keluarga di masyarakat tidak sesuai dengan kewenangan perawat, membedakan klien, melakukan praktik keperawatan di keluarga dan lain sebagainya.

7.2 Etika Keperawatan

7.2.1 Pengertian Etika Keperawatan

Arti dari istilah etika secara etimologi atau kebahasaan berasal dari bahasa Yunani yakni “Ethos”, yang artinya watak kesusilaan atau adat kebiasaan/custom. Biasanya etika berhubungan dengan istilah moral yang asal katanya dari bahasa Latin, yakni “Mos” atau dalam bentuk jamak disebut “Mores”, yang artinya adalah adat kebiasaan atau cara hidup seseorang dengan banyak melakukan tindakan-tindakan yang benar atau baik (kesusilaan), dan menghindari hal-hal tindakan yang tercela. Perbedaan moral dengan etika adalah moral atau disebut juga moralitas merupakan penilaian atas perbuatan yang diperbuat, sementara etika adalah suatu sistem nilai-nilai yang berlaku. Moralitas itu sendiri adalah panduan hidup yang dimiliki setiap manusia atau kelompok manusia tentang hal yang benar dan salah sesuai standar moral yang berlaku di masyarakat. Etika tidak mempermasalahkan keadaan manusia, akan tetapi lebih kepada bagaimana seseorang harus bertindak sesuai dengan norma-norma tertentu (Durkheim, 1992).

Etika mengacu pada moralitas, sedangkan etiket mengacu pada tata krama, meskipun keduanya menyangkut perilaku manusia secara normatif, yaitu mereka memberi standar pada perilaku manusia dan dengan demikian mengatakan apa yang diperbolehkan dan apa yang tidak. Definisi etiket dan etika sering disalahartikan, meskipun kedua istilah tersebut memiliki arti yang berbeda, meskipun ada kesamaan. Istilah etika, seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, mengacu pada moralitas (lebih), sedangkan kata etiket mengacu pada nilai kesopanan, tata krama dalam hubungan formal. Persamaan berlaku untuk perilaku manusia normatif etis. Artinya memberikan petunjuk atau standar tertentu, yaitu bagaimana seharusnya seseorang bersikap dan tidak bertindak (Williams and O’Neill, 2018).

Pendapat lain mengatakan bahwa etiket adalah kode kesopanan yang diterima oleh masyarakat tertentu dan menjadi norma dan contoh perilaku sebagai anggota masyarakat yang baik dan menyenangkan. Dalam Kamus Umum Indonesia, kata “label” mendapat beberapa arti, yaitu: Label (Belanda) Secarik kertas yang ditempelkan pada bungkus barang (usaha), di atasnya tertulis nama barang, isinya dan sebagainya. . Tata krama (dalam bahasa Perancis) adab atau tata krama yang harus dipatuhi bersama agar pergaulan selalu baik.

Ada empat perbedaan antara etika dan etiket, yang secara umum adalah sebagai berikut (Williams and O'Neill, 2018a):

1. Etika adalah suatu niat, terlepas dari diperbolehkan atau tidaknya perbuatan itu sesuai dengan niat baik atau buruk yang ditimbulkannya. Etiket adalah tentang melakukan hal yang benar seperti yang diharapkan.
2. Etika adalah hati nurani (batin) bagaimana berperilaku secara etis dan benar, yang sebenarnya bersumber dari kesadaran diri. Tata krama adalah formalitas (di luar), terlihat dalam sikap lahiriah yang penuh kesopanan dan keramahan.
3. Etika bersifat mutlak, yaitu. itu tidak bisa dinegosiasikan, perbuatan baik dipuji dan perbuatan salah dihukum. Etiket itu relatif, yaitu. yang dianggap kasar di suatu budaya daerah tertentu, tetapi belum tentu di daerah lain.
4. Etika lamaran tidak tergantung pada kehadiran orang lain. Etiket hanya berlaku saat ada orang lain, dan saat tidak ada orang lain, etiket tidak berlaku. Etika keperawatan merupakan pedoman bagi perawat dalam melakukan pekerjaan keperawatan, agar kemaslahatan klien selalu diperhatikan dalam segala aktivitas.

Etika keperawatan meliputi unsur pengorbanan, dedikasi, komitmen, dan hubungan antara perawat dan klien, dokter, rekan perawat, diri sendiri, keluarga klien, dan pengunjung..

7.2.2 Tujuan Kode Etik Keperawatan

Beberapa tujuan dari kode etik keperawatan baik bagi perawat maupun keluarga adalah (Stein and Hollen, 2021):

1. Membantu kemandirian pasien, individu dan masyarakat. Tidak semua pasien mampu hidup mandiri. Banyak pasien nyeri merasa putus asa dan tertekan. Setidaknya berkat para perawat, mereka tahu bagaimana menyemangati pasien.

2. Perawat membantu klien untuk menyembuhkan penyakitnya dengan membantu menginformasikan kepada pasien tentang penyakit pasiennya.
3. Membantu pasien, individu, keluarga dan masyarakat untuk berpartisipasi dalam bidang kesehatan. Tidak dapat dipungkiri bahwa etika keperawatan bukan hanya tentang menyembuhkan pasien. tetapi juga mendorong pasien untuk berpartisipasi. Misalnya, keluarga yang memiliki anggota keluarga yang terinfeksi HIV, setelah mendapatkan pelatihan dan pengalaman, ingin berbagi semangat dan pengetahuannya, agar mereka tetap semangat dan tidak putus asa.
4. Menolong pasien yang meninggal dengan tenang. Terdapat kode etika keperawatan untuk membantu pasien yang meninggal dengan tenang. Misalnya menentramkan keluarga, mengurus jenazah sebelum dipulangkan, dan masih banyak lagi. Ajakan untuk menjaga kesehatan dan mengembangkan potensi Kesehatan. Etika keperawatan juga sangat bermanfaat bagi pasien untuk menjaga kesehatan agar tidak lagi mengalami sakit. Kehadiran perawat terbukti bisa menjadi penyembuh psikologis. Selain memantau kondisi fisik pasien, perawat secara tidak langsung memberikan ketenangan bagi keluarga pasien. Karena perawat menjelaskan apa yang harus dilakukan untuk keluarga dan pasien itu sendiri. Mengajak klien untuk menjaga kesehatan Mendorong pasien atau keluarga pasien untuk menjaga pola hidup sehat dan menjaga kesehatannya adalah hal yang terpenting. Ajakan untuk menjaga kesehatan tidak dilakukan saat sakit, melainkan sebagai tindakan preventif.
5. Mengajak keluarga untuk mencapai kesehatan yang optimal. Banyak orang punya banyak uang, namun akibat gaya hidup yang tidak sehat, kesehatannya kemudian terganggu dan hidupnya tidak maksimal. Tidak peduli berapa banyak uang penting, karena kesehatan adalah hal yang paling penting.
6. Mempertahankan kesehatan keluarga. Tujuan selanjutnya dari etika keperawatan adalah menjaga kesehatan pasien sebelum atau sesudah

perawatan. Bisa dibayangkan jika perawat tidak ada, keluarga pasien tidak tahu harus berbuat apa. Oleh karena itu perawat sangat dibutuhkan di berbagai tatanan pelayanan Kesehatan termasuk keluarga.

7. Mencegah penyakit yang lebih parah Seringkali, banyak pasien tidak mengetahui informasi mereka, yang membuat rasa sakit mereka semakin parah. Seorang perawat memiliki andil yang besar dalam mengedukasi pasien, sehingga tidak memperparah penyakit pasien. Inilah tujuan etika keperawatan yang harus ditekankan.

7.2.3 Fungsi Kode Etik Keperawatan

Etika keperawatan memiliki beberapa fungsi diantaranya adalah sebagai berikut (Dock L., 2015):

1. Membimbing perawat secara sistematis dan ilmiah dalam memecahkan masalah klien melalui kerja keperawatan
2. Memberikan arahan bahwa perawat yang berkualitas adalah perawat profesional yang mampu memecahkan masalah melalui metode komunikasi yang efektif dan efisien.
3. Kebebasan pasien untuk memperoleh pelayanan yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhannya dan dalam bidang kesehatan yang mandiri
4. Mengajarkan perawat berperilaku benar, sistematis dan sesuai kode etik etik keperawatan, sehingga pasien merasa senang, puas dan nyaman.
5. Membentuk sikap dan tanggung jawab pemimpin
6. Mendorong perawat untuk melanjutkan penelitian sebagai bentuk pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan
7. Dapat meningkatkan mutu dan pelayanan asuhan medis
8. Mendorong perawat untuk memenuhi tanggung jawabnya yaitu mendidik pasien untuk hidup sehat setelah kembali dari rumah sakit.
9. Mendorong perawat menuju masyarakat yang setia dan jujur
10. Perawat didorong untuk menjadi individu yang tanggap, produktif, dan berwawasan ke depan.

7.3 Etika dalam Keperawatan Keluarga

7.3.1 Prinsip Etik Keperawatan

Prinsip-prinsip etik keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat keluarga meliputi (Dock L., 2015):

1. Otonomi (Autonomy)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki hak untuk menentukan pilihannya sendiri dan membuat keputusan atau pilihan yang berbeda yang harus dihormati oleh orang lain. Asas otonomi adalah semacam penghormatan terhadap seseorang atau dipandang sebagai suatu perjanjian yang tidak terikat dan berjalan secara wajar. Otonomi adalah hak atas kemerdekaan dan kebebasan pribadi, yang membutuhkan keragaman. Praktek profesional mencerminkan otonomi ketika perawat menghormati hak klien untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri. Dalam menerapkan prinsip ini perawat memberikan hak kepada keluarga dan klien untuk menentukan sendiri tindakan upaya perawatan yang akan diberikan.

2. Berbuat baik (Beneficence)

Kebaikan mengandaikan pencegahan kejahatan atau kejahatan, penghapusan kejahatan atau kejahatan, dan penguatan kebaikan dalam diri sendiri dan orang lain. Terkadang dalam situasi perawatan kesehatan, prinsip dan otonomi ini bertentangan. Prinsip ini dilakukan oleh perawat keluarga dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga dengan tujuan kebaikan kesehatan anggota keluarga yang sakit. Tindakan keperawatan yang dilakukan semata-mata demi kebaikan klien dan keluarga.

3. Keadilan (Justice)

Prinsip keadilan diperlukan untuk perlakuan yang sama dan adil terhadap orang lain yang mengikuti prinsip moral, hukum dan kemanusiaan. Nilai ini tercermin dalam praktik profesional karena

perawat bekerja untuk memberikan terapi yang tepat sesuai dengan hukum, standar praktik, dan keyakinan yang benar untuk mencapai perawatan kesehatan yang berkualitas. Prinsip ini dilakukan oleh perawat dengan cara tidak membedakan kualitas asuhan yang diberikan kepada keluarga yang satu dengan yang lainnya. Tidak membedakan suku, agama, ras, aliran politik dan lain sebagainya.

4. Tidak Membahayakan (Nonmaleficence)

Prinsip ini berarti tidak ada kerugian/kerugian fisik atau mental kepada klien dan keluarga. Prinsip ini dilakukan oleh perawat dengan cara memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan Tindakan-tindakan yang tidak membahayakan nyawa pasien, perawat memiliki daya pemikiran sebab dan akibat apabila suatu tindakan dilakukan.

5. Kejujuran (Veracity)

Prinsip kebenaran berarti kebenaran yang utuh. Nilai inilah yang dibutuhkan penyedia layanan kesehatan untuk mengatakan yang sebenarnya kepada setiap klien dan memastikan bahwa klien benar-benar mengerti. Prinsip kebenaran mengacu pada kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus tersedia sedemikian rupa sehingga akurat, komprehensif dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang tersedia dan untuk memberitahu klien kebenaran tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan kondisinya selama perawatan. Namun, ada beberapa argumen yang menyatakan bahwa kejujuran ada batasnya, seperti ketika kebenaran tentang pemulihan klien dari kesalahan prediksi, atau ada hubungan paternalistik yang "dokter paling tahu" karena individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak menjadi lengkap diberitahu tentang status mereka. Kebenaran adalah dasar untuk membangun hubungan saling percaya. Prinsip ini dilakukan perawat keluarga dengan cara memberikan informasi yang benar kepada pihak-pihak yang berkepentingan.

6. Menepati janji (Fidelity)

Prinsip kesetiaan menuntut orang untuk menghormati janji dan kewajiban mereka kepada orang lain. Perawat setia pada tugasnya dan menepati janji serta menjaga rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan adalah kewajiban manusia untuk menjaga kewajiban ini dia melakukan Loyalitas, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik, yang menurutnya tugas utama perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Penerapan prinsip ini dilakukan dengan cara perawat menepati janji apapun yang telah disepakati bersama keluarga.

7. Kerahasiaan (Confidentiality)

Aturan prinsip kerahasiaan adalah bahwa informasi klien dan keluarga harus dirahasiakan. Seluruh dokumen laporan kesehatan klien hanya dapat dibaca sehubungan dengan pengobatan klien. Tidak seorang pun akan menerima informasi tersebut kecuali klien dan keluarga telah memberikan persetujuan mereka. Mengobrol dengan klien di luar area layanan, menceritakan kepada teman atau keluarga tentang klien dengan petugas kesehatan lain sebaiknya dihindari. Prinsip ini dilakukan perawat keluarga dengan cara menjaga kerahasiaan apapun dari keluarga dan klien, kecuali apabila dimintai secara hukum.

8. Akuntabilitas (Accountability)

Akuntabilitas adalah standar yang jelas di mana tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang ambigu atau tidak kompeten. Prinsip ini dijalankan oleh perawat keluarga dengan cara menjalankan asuhan keperawatan keluarga secara profesional sesuai dengan standar.

7.3.2 Kode Etik Keperawatan Indonesia

Kode etik Adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan. Aturan yang berlaku untuk seorang perawat Indonesia dalam melaksanakan tugas/ fungsi perawat adalah kode etik perawat nasional Indonesia, di mana

seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan.

Kode etik keperawatan Indonesia:

1. Perawat dan Klien
 - a. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
 - b. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
 - c. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
 - d. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang dikehendaki sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
2. Perawat dan praktek
 - a. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi bidang keperawatan melalui belajar terus-menerus
 - b. Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
 - c. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain
 - d. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.

3. Perawat dan masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat.

4. Perawat dan teman sejawat

- a. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.
- b. Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

5. Perawat dan Profesi

- a. Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan
- b. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan
- c. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

7.3.3 Dampak Pelanggaran Etika Keperawatan

Kepatuhan terhadap prinsip etika penting agar pasien tidak dirugikan. Kerugian tersebut dapat mengakibatkan cedera atau kerugian fisik, kerugian emosional seperti ketidakpuasan, kecacatan bahkan kematian, dan pada akhirnya tujuan pelayanan keselamatan pasien tidak pernah tercapai. Selain itu menimbulkan ketidakpuasan pasien yang pada akhirnya berdampak negatif terhadap reputasi perawat, pasien yang tidak puas dengan pelayanan tidak berobat karena merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan (Stein and Hollen, 2021).

Dalam kasus perawat juga terjadi perawat memandang perawat tidak sopan dan citra perawat di mata pasien buruk sehingga pasien tidak percaya dan meragukan keterampilan perawat. Perawat yang mengetahui dan menerapkan

prinsip etik dalam pelayanan pasien mengarah pada kepuasan pasien, menjaga hubungan antara perawat, pasien dan tenaga kesehatan lainnya sehingga klien merasa aman dalam pelayanan kesehatan yang diberikan. Pasien merasa lebih aman dan merasa bahwa pelayanan kesehatan berkualitas tinggi (Asmadi, 2018).

Selama pelaksanaan pekerjaan keperawatan, perawat yang berada di samping pasien sepanjang waktu harus memberikan pekerjaan keperawatan yang baik dan selalu mengikuti aturan etika pekerjaan keperawatan dan mengikuti prinsip etika pekerjaan keperawatan saat memberikan pelayanan. Kode etik keperawatan merupakan salah satu pedoman kita sebagai perawat untuk mencegah kesalahpahaman dan konflik. Penerapan etika keperawatan tidak lepas dari kepribadian perawat dan faktor lain yang dapat memengaruhi, diantaranya adalah perilaku keperawatan perawat. Caring adalah sikap kepedulian terhadap pasien dengan keinginan yang utuh untuk membantu pasien meningkatkan kesehatannya. Dengan penerapan perilaku keperawatan diharapkan dapat meningkatkan penerapan prinsip etik dan terhindar dari tindakan yang salah oleh perawat (Rofli, 2021).

7.3.4 Pemecahan Dilema Etik Keperawatan

Kerangka pemecahan dilema etik dapat dilakukan dengan cara (Dock L., 2015):

1. Mengembangkan Data Dasar
 - a. Siapa saja orang-orang yang terlibat dalam dilema etik tersebut seperti klien, suami, anak, perawat, rohaniawan.
 - b. Tindakan yang diusulkan. Sebagai klien dia mempunyai otonomi untuk membiarkan penyakit menggerogoti tubuhnya walaupun sebenarnya bukan hal itu yang diinginkannya. Dalam hal ini, perawat mempunyai peran dalam pemberi asuhan keperawatan, peran advokat (pendidik) serta sebagai konselor yaitu membela dan melindungi klien tersebut untuk hidup dan menyelamatkan jiwa klien dari ancaman kematian.
 - c. Maksud dari tindakan. Dengan memberikan pendidikan, konselor, advokasi
 - d. diharapkan klien dapat menerima serta dapat membuat keputusan yang tepat terhadap masalah yang saat ini dihadapi.

- e. Konsekuensi tindakan yang diusulkan Misalnya pada kasus wanita yang mengidap kanker payudara dan harus dilakukan pengangkatan payudara.
 - f. Bila operasi dilaksanakan: Biaya Membutuhkan biaya yang cukup besar, Psikososial: Pasien merasa bersyukur diberi umur yang panjang (bila operasi itu lancar dan baik) namun klien juga dihadapkan pada kecemasan akan kelanjutan hidupnya bila ternyata operasi itu gagal, Fisik: Klien akan kehilangan salah satu payudaranya. Begitu juga sebaliknya jika operasi tidak dilaksanakan.
2. Identifikasi Konflik Akibat Situasi Tersebut
- a. Untuk memutuskan apakah tindakan dilakukan pada klien, perawat dihadapkan pada konflik tidak menghormati otonomi klien.
 - b. Apabila tindakan tidak dilakukan perawat dihadapkan pada konflik seperti tidak melaksanakan sumpah profesi, tidak melaksanakan kode etik profesi dan prinsip moral serta tidak melaksanakan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan.
3. Tindakan Alternatif Terhadap Tindakan Yang Diusulkan
- a. Mengusulkan dalam tim yang terlibat dalam masalah yang dihadapi klien untuk dilakukannya tindakan atau tidak.
 - b. Mengangkat dilema etik kepada komisi etik keperawatan yang lebih tinggi untuk mempertimbangkan apakah dilakukan atau tidak suatu tindakan.
4. Menetapkan Siapa Pembuat Keputusan
- Pihak- pihak yang terlibat dalam membuat keputusan antara lain tim kesehatan itu sendiri, klien dan juga keluarga.
5. Mengidentifikasi Kewajiban Perawat
- a. Menghindarkan klien dari ancaman kematian.
 - b. Melaksanakan prinsip-prinsip kode etik keperawatan.
 - c. Menghargai otonomi klien
 - d. Membuat keputusan

Keputusan yang diambil sesuai dengan hak otonomi klien dan juga dari pertimbangan tim kesehatan lainnya.

Bab 8

Proses Keperawatan Keluarga dengan Anak Usia Sekolah dan Remaja

8.1 Pendahuluan

Indikator penting suatu negara yang sehat adalah bila anak dan remaja memiliki status kesehatan yang baik, anak dan remaja yang sehat merupakan landasan mereka untuk meraih kesuksesan dimasa depan untuk dapat membangun bangsanya menjadi bangsa yang maju dan besar (Nies, 2019). Anak usia sekolah dan remaja merupakan suatu kelompok yang jumlahnya cukup besar dalam populasi penduduk Indonesia dan merupakan bagian yang sangat penting dan strategis dalam rangka menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas. Berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan di sekolah di berbagai daerah ditemui kasus anak usia sekolah yang mengalami anemia, indeks massa tubuh kurang/lebih/obesitas, serta kurangnya energi kronik. Keluarga merupakan tempat anak dan remaja tumbuh dan berkembang menjadi individu yang memiliki bermacam-macam karakteristik yang berbeda. Tugas keluarga dalam menjaga kesehatan anggota keluarga, meningkatkan prestasi sekolah, mengembangkan hubungan yang sehat dengan teman sebaya,

mengembangkan antara kebebasan dengan tanggungjawab, dan menjalin komunikasi yang terbuka merupakan tugas perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah dan remaja. Fase perkembangan anak usia sekolah berada pada usia 6 sampai dengan 12 tahun sedangkan remaja berada pada rentang 12 sampai dengan 18 tahun (Muri'ah & Wardan, 2020).

8.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Usia Sekolah dan Remaja.

8.2.1 Pertumbuhan

Pertumbuhan fisik anak usia sekolah mengalami kenaikan berat badan 1,8 sampai 3,2 kg setiap tahunnya dan peningkatan tinggi badan 5 cm per tahunnya (Pooter & Perry, 2020). Anak perempuan pada usia sekolah melebihi anak laki-laki dalam berat badan dan tinggi badan. Menginjak usia 6 tahun anak mulai kehilangan gigi susu dan mulai tumbuh gigi permanen. Pada pubertas anak mengalami lonjakan pertumbuhan (Rosdahl & Kowalski, 2019). Pertumbuhan fisik pada remaja meningkat cepat dan mencapai puncak kecepatan. Pada fase remaja awal 11-14 tahun karakteristik seks sekunder mulai tampak, seperti penonjolan payudara pada remaja perempuan, pembesaran testis pada remaja laki-laki, pertumbuhan rambut ketiak, atau rambut pubis. Karakteristik seks sekunder ini tercapai dengan baik pada tahap remaja pertengahan (usia 14-17 tahun) dan pada tahap remaja akhir (17-20 tahun) struktur dan pertumbuhan reproduktif hampir komplit dan remaja telah matang secara fisik (Wulandari, 2014).

8.2.2 Perkembangan

Perkembangan anak usia sekolah Anak usia sekolah disebut sebagai masa anak-anak (middle childhood). Pada masa inilah disebut sebagai usia matang bagi anak-anak untuk belajar. Hal ini dikarenakan anak-anak menginginkan untuk menguasai kecakapan-kecakapan baru yang diberikan oleh guru di sekolah, bahwa salah satu tanda permulaan periode bersekolah ini ialah sikap anak terhadap keluarga tidak lagi egosentris melainkan objektif dan empiris terhadap dunia luar, sikap intelektualitas terlihat di usia ini sehingga masa ini disebut periode intelektual (Sabani, 2019).

Perkembangan motorik kasar mengalami kematangan pada usia sekolah. Biasanya untuk mengkaji keterampilan motorik pada anak usia sekolah terkait dengan partisipasi dalam kegiatan olahraga ataupun aktivitas di sekolah. Pada usia sekolah 6 sampai 8 tahun biasanya menikmati aktivitas motorik kasar, seperti bersepeda, bermain seluncur, berenang terkadang ada ketakutan yang terbatas karena kuatnya implus anak untuk mengeksplorasi. Pada usia 8 sampai 10 tahun anak sudah jarang gelisah tetapi tingkat energi lebih tinggi dan aktivitas mulai lebih terarah serta lebih tenang. Biasanya anak usia ini lebih sering beraktivitas fisik yang memerlukan perhatian dan upaya lebih lama serta lebih konsentrasi, seperti basket atau sepak bola. Pada usia 10 sampai 12 tahun terjadi masa pubertas, di mana tingkat energi lebih tinggi dan lebih terkontrol serta anak sudah mulai fokus dan usia ini anak serupa mulai dengan orang dewasa (Fieldman, 2014).

Perkembangan motorik halus koordinasi mata tangan dan keseimbangan meningkat seiring dengan maturitas dan praktik. Penggunaan tangan meningkat, menjadi mandiri serta menjamin kemudahan dan ketepatan yang memungkinkan anak ini untuk menulis, menyalin kata kata, menjahit, atau membangun model atau kerajinan lain. Anak usia 10 sampai 12 tahun mulai memperlihatkan keterampilan manipulatif yang sebanding dengan orang dewasa. Anak usia sekolah hingga melakukan aktivitas yang memerlukan ketangkasan dan keterampilan motorik halus seperti bermain instrument musical serta bakat dan praktik menjadi kunci kecakapan.

Perkembangan sosial pola sifat temperamental yang diidentifikasi di masa bayi dapat terus memengaruhi perilaku anak usia sekolah. Menganalisis situasi masa lalu dapat memberikan petunjuk tentang cara seorang anak dapat bereaksi terhadap situasi yang baru atau berbeda. Anak dapat bereaksi secara berbeda dari waktu ke waktu karena pengalaman dan kemampuan mereka. Harga diri adalah pandangan anak tentang nilai individual mereka. Pandangan ini dipengaruhi oleh umpan balik dari keluarga, guru, dan figur otoritas lain.

Perkembangan bahasa terus meningkat selama masa usia sekolah. Kata-kata yang spesifik secara budaya digunakan, pada anak bilingual yang berbicara bahasa inggris di sekolah dan bahasa kedua di rumah. Pada anak usia sekolah mulai menggunakan lebih banyak bentuk tata bahasa yang kompleks seperti kata jamak dan kata benda. Selain itu, anak mengembangkan kesadaran metalinguistic kemampuan untuk berpikir tentang bahasa dan komentar mengenai sifatnya yang memungkinkan kata-kata dan suara. Pada anak usia sekolah dapat bereksperimen dengan kata kotor dan lelucon kotor jika terpanjan.

Kelompok usia ini cenderung meniru orang tua, anggota keluarga, atau orang lain karena itu, model peran sangat penting. Perkembangan moral anak usia sekolah berkembang berupa pemikiran, perasaan, serta perbuatan yang ditampilkan dalam bentuk perilaku jujur, adil, menghormati, dan menolong (Hasanah, 2019).

Perkembangan motorik halus pada usia remaja mulai dapat menulis dengan lancar dan mulai mengembangkan keterampilan seni rupa, anak juga dapat bermain alat musik. Perkembangan motorik kasar pada remaja mulai dapat bergerak lebih terkoordinasi dan lebih presisi dalam gerakan olahraga seperti bola basket, voli, skating dan berenang, aktif pada kegiatan sekolah hingga tidak jarang yang aktif mengikuti lomba. Perkembangan bahasa pada remaja cukup lengkap, meskipun kosa kata terus berkembang. Remaja sering mengkomunikasikan pikiran, perasaan dan fakta kepada teman sebaya, orang tua, dan guru. Remaja juga perlu memilih kepada siapa ia harus menceritakan yang biasanya sensitif baginya, dan bagaimana cara penyampaian. Perkembangan sosial remaja sangat fokus pada diri sendiri, narsisme (cinta diri) meningkat. Mampu melihat masalah secara komprehensif. Remaja mulai menjalin hubungan dengan lawan jenis dan status emosi biasanya lebih stabil, terutama di usia remaja akhir (Pratama, Denny & Sari, 2021).

8.3 Tugas Perkembangan dan Kesehatan Keluarga

Tugas perkembangan keluarga berubah sesuai tahap perkembangan anggota keluarganya. Orang tua dengan anak usia sekolah dan remaja perlu memahami tugas perkembangan pada periode ini antara lain mendiskusikan tentang prestasi akademik, hubungan pertemanan dengan teman sebaya serta memenuhi kesehatan anak. Sedangkan di usia remaja orang tua perlu memberikan kebebasan dan tanggungjawab secara seimbang dan menjaga komunikasi yang terbuka dengan remaja.

Tugas kesehatan keluarga adalah kemampuan keluarga dalam mengenali masalah-masalah kesehatan dan merawat anggota keluarganya. Orang tua perlu memahami tugas yang menjadi tanggung jawabnya. Masalah kesehatan yang sering terjadi pada anak usia sekolah dan remaja antara lain kurang gizi, kurang tinggi badan, kurang energi kronis dan kegemukan. Masalah kesehatan

jiwa, kebersihan diri dan masalah perilaku berisiko seperti seks pranikah, HIV/AIDS, kecelakaan bermotor, merokok, alkohol, NAPZA, pornografi, trafficking, depresi (Riskesdas, 2018). Pentingnya keluarga mengenal dan mencegah masalah kesehatan sehingga anak terhindar dari masalah kesehatan serta kehancuran masa depannya.

8.4 Proses Keperawatan Keluarga

Proses keperawatan keluarga dimulai dengan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan pada keluarga dengan usia sekolah dan remaja dimulai dengan:

8.4.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada keluarga terkait sosial budaya, data lingkungan, struktur dan fungsi keluarga. Pengkajian juga dilakukan pada anggota keluarga terkait mental, fisik, emosional, sosial dan spiritual pada anak sekolah dan remaja sebagai anggota keluarga. Berikut contoh kasus keluarga pada keluarga yang memiliki anak sekolah yang mengalami gangguan kesehatan yaitu gastritis.

Tabel 8.1: Analisa Data

Data	Masalah
<p>Data Subyektif</p> <ol style="list-style-type: none">1. An. Fa mengatakan Gastritis adalah nyeri seperti melilit pada perut yang ditandai dengan mual dan muntah2. Keluarga mengatakan bahwa An. Fa terkena gastritis sejak 2 bulan yang lalu. Akan tetapi baru kambuh sejak 2 minggu yang lalu3. An. Fa mengatakan penyebab gastritis adalah telat makan.4. An. Fa mengatakan penyakit yang dideritanya bukan penyakit serius.5. An. Fa jarang kontrol ke fasilitas kesehatan apabila penyakitnya kambuh ia hanya minum obat yang dibeli di warung6. Menurut An. Fa penyakitnya tidak perlu diobati	<p>Pemeliharaan kesehatan tidak efektif</p>

<p>dikarenakan jarang kambuh</p> <p>7. Keluarga mengatakan tidak mengetahui akibat lanjut dari gastritis.</p> <p>8. Keluarga kurang mengetahui bagaimana cara merawat anggota keluarga dengan gastritis.</p> <p>9. An. Fa jarang dibawa ke fasilitas kesehatan, apabila penyakit nya kambuh ia hanya minum obat warung yaitu promag</p> <p>10. Menurut An. Fa penyakitnya perlu diobati.</p> <p>11. Keluarga mengatakan tidak tahu lingkungan yang cocok untuk An. Fa</p> <p>12. Keluarga mengatakan An. Fa makan tidak teratur dan lebih sering membeli makanan diwarung dibandingkan makanan rumah</p> <p>13. Keluarga mengatakan tidak pernah dilakukan penyuluhan kesehatan tentang penyakit gastritis</p> <p>14. Keluarga mengatakan jika penyakit An. Fa kambuh dan sangat parah sampai mual dan muntah baru dibawa ke fasilitas kesehatan</p>	
--	--

8.4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan usia sekolah dan remaja dapat dicontohkan pada kasus keluarga bapak Fa yang anggota keluarganya mengalami masalah kesehatan yaitu gastritis.

Diagnosis keperawatan keluarga: Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif pada keluarga Bpk. F khususnya An. Fa dengan Gastritis.

Table 8.2: Penapisan Masalah (scoring)

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat Masalah: aktual (2)	1	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	1. Keluarga mengatakan bahwa An. Fa terkena gastritis sejak 2 bulan yang lalu. Akan tetapi baru kambuh sejak 2 minggu yang lalu
2	Kemungkinan masalah yang dapat	2	$\frac{1}{2} \times 2 = 1$	1. An. Fa mengatakan Gastritis adalah nyeri

	diubah: Sebagian (2)			<p>seperti melilit pada perut yang ditandai dengan mual dan muntah</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. An. Fa mengatakan Gastritis adalah nyeri seperti melilit pada perut yang ditandai dengan mual dan muntah 3. An. Fa jarang kontrol ke fasilitas kesehatan apabila penyakitnya kambuh ia hanya minum obat yang dibeli diwarung 4. Fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh keluarga yaitu jaminan sosial berupa BPJS kesehatan 5. Keluarga mengatakan jarak antara rumah dengan puskesmas cukup terjangkau 6. Keluarga mengatakan tidak pernah dilakukan penyuluhan kesehatan tentang penyakit gastritis
3	Potensi masalah untuk dicegah: Cukup (2)	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit gastritis yang dialami An. Fa tidak parah dikarenakan tidak ada komplikasi yang muncul 2. Keluarga mengatakan bahwa An. Fa terkena gastritis sejak 2 bulan yang lalu. Akan tetapi baru kambuh sejak 2 minggu yang lalu 3. An. Fa jarang dibawa ke fasilitas kesehatan, apabila penyakitnya kambuh ia hanya minum obat warung yaitu promag 4. Keluarga mengatakan An. Fa makan tidak teratur dan

				<p>lebih sering membeli makanan diwarung dibandingkan makanan rumah</p> <p>5. Tidak ada faktor yang berisiko untuk terkena gastritis dikarenakan gastritis bukan penyakit keturunan dan pola makan dikeluarganya cukup baik</p> <p>6. Keluarga mengatakan jika penyakit An. Fa kambuh dan sangat parah sampai mual dan muntah baru dibawa ke fasilitas kesehatan</p>
4	Menonjolnya masalah: Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	<p>7. Menurut An. Fa penyakitnya tidak perlu diobati dikarenakan jarang kambuh</p> <p>8. An. Fa mengatakan penyakit yang dideritanya bukan penyakit serius.</p>
Jumlah			2 5/6	

8.4.3 Perencanaan

Penyusunan rencana memenuhi lima fungsi keluarga. Berikut contoh penyusunan perencanaan pada studi kasus keluarga bapak F dengan anak Fa usia sekolah yang mengalami masalah kesehatan gastritis.

Tabel 8.3: Perencanaan Keperawatan Keluarga

DX	TUJUAN		EVALUASI		INTERVENSI
	TUM	TUK	KRITERIA	STANDAR	
Pemeliharaan Kesehatan	Setelah dilakukan 3	1. Selama 1 x 25 menit kunjungan,	Verbal	Keluarga mampu menyebutkan	1.1.1 Kaji pengetahuan

n tidak efektif pada keluarga Bapak. F khususny a An. Fa dengan Gastritis	kunjungan rumah, pemeliharaan kesehatan pada keluarga Bapak. F efektif khususny a An. Fa	keluarga mampu mengenal masalah gastritis dengan cara keluarga mampu: 1.1. Menjelaskan pengertian gastritis.		n kembali tentang pengertian gastritis adalah suatu peradangan pada dinding lambung	keluarga tentang pendapat at keluarga tentang penyakit 1.1.2 Diskusikan Bersama keluarga tentang pengertian gastritis 1.1.3 Tanyakan Kembali kepada keluarga tentang pengertian gastritis 1.1.4 Berikan reinforcement positif atas jawaban yang tepat.
		1.2. Menjelaskan jenis-	Verbal	Keluarga mampu	1.2.1 Kaji pengeta

		jenis dari gastritis.		menjelaskan kembali jenis-jenis dari gastritis yaitu: 1. Akut: perlukan pada dinding lambung yang sifatnya mendasak atau tiba-tiba dan tidak bersifat menahun. 2. Kronik : suatu peradangan atau perlukan pada dinding lambung yang sifatnya menahun dan terus menerus.	<p>1.2.2 Diskusikan dengan keluarga tentang jenis-jenis dari gastritis .</p> <p>1.2.3 Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali jenis-jenis dari gastritis .</p> <p>1.2.4 Berikan reinforcement positif atas usaha</p>	<p>huan keluarga tentang pendapat keluarga tentang jenis-jenis dari gastritis</p>
--	--	-----------------------	--	---	--	---

					<p>yang dilakukan keluarga.</p> <p>1.2.5 Dorong keluarga Untuk Mengidentifikasi jenis-jenis gastritis pada anggota keluarga yang menderita gastritis.</p> <p>1.2.6 Motivasi keluarga untuk mengidentifikasi jenis-jenis gastritis pada anggota keluarga yang menderita gastritis.</p>
		1.3. Menyebutkan penyebab	Respon verbal dan	Keluarga mampu menyebutkan	1.3.1. Kaji pengetahuan

		gastritis.	afektif	<p>n 4 dari 7</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Penyebab gastritis: Mengonsumsi obat-obatan jenis aspirin dalam jangka waktu lama ● Rokok ● Pola makan yang tidak teratur ● Makanan yang Merangsang lambung, seperti makanan asam dan pedas ● Stress, kopi dan alkohol 	<p>keluarga tentang pendapat keluarga tentang penyebab gastritis.</p> <p>1.3.2. Diskusikan Bersama keluarga tentang gastritis.</p> <p>1.3.3. Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali penyebab gastritis.</p> <p>1.3.4. Beri reinforcement positif atas jawaban</p>
--	--	------------	---------	--	--

					keluarga.
		1.4. Mengidentifikasi penyebab gastritis.	Respon verbal dan afektif	Keluarga mampu mengidentifikasi penyebab gastritis.	<p>1.4.1. Diskusikan dengan keluarga persepsinya terhadap penyakit gastritis</p> <p>1.4.2. Dorong keluarga Untuk mengidentifikasi penyebab gastritis pada anggota keluarga yang menderita gastritis.</p> <p>1.4.3. Beri</p>

					reinforcement positif atas kemampuan keluarga mengidentifikasi penyebab gastritis pada anggota keluarga yang menderita gastritis.
		1.5. Mengidentifikasi tanda dan gejala gastritis pada anggota keluarga yang menderita gastritis	Respon verbal dan afektif	Keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala gastritis: Nyeri ulu hati, mual, muntah, kembung dan tidak nafsu makan.	1.5.1. Diskusikan dengan keluarga persepsinya terhadap tanda dan gejala gastritis 1.5.2. Dorong

					<p>keluarga untuk mengidentifikasi tanda dan gejala gastritis pada anggota keluarga yang menderita gastritis.</p> <p>1.5.3. Berikan reinforcement positif atas usaha yang dilakukan keluarga.</p>
--	--	--	--	--	---

8.4.4 Implementasi

Berikut contoh implementasi yang dilakukan pada kasus keluarga bapak Fa dengan anak Fa dengan gastritis pada TUK 1:

1. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang pengertian, jenis-jenis, penyebab, tanda dan gejala dari Gastritis.
Respon: Keluarga mengatakan tidak tahu pengertian, jenis-jenis, penyebab, tanda dan gejala dari Gastritis.
2. Mendiskusikan kepada keluarga tentang pengertian, jenis-jenis, penyebab, tanda dan gejala dari Gastritis.

Respon: Keluarga tampak menyimak dan mengikuti pendidikan kesehatan dari awal sampai akhir.

3. Menanyakan kembali kepada keluarga tentang pengertian, jenis-jenis, penyebab, tanda dan gejala dari Gastritis.

Respon: Keluarga menjawab pertanyaan sesuai dengan yang ditanyakan oleh penyuluh.

4. Memotivasi keluarga untuk mengidentifikasi jenis-jenis, penyebab, tanda dan gejala Gastritis yang diderita keluarga.

Respon: Keluarga dapat mengidentifikasi jenis-jenis, penyebab, tanda dan gejala Gastritis yang diderita keluarga.

5. Memberikan reinforcement positif atas jawaban yang benar.

Respon: Keluarga tersenyum.

8.4.5 Evaluasi

Berikut evaluasi pada TUK 1 pada contoh kasus keluarga bapak Fa dengan anak usia sekolah yang mengalami gastritis. Evaluasi dalam bentuk SOAP yaitu: Subjektif: Keluarga mengatakan gastritis adalah suatu peradangan pada dinding lambung. Keluarga mengatakan ada 2 jenis gastritis dan keluarga mengatakan bahwa An. Fa tergolong dalam gastritis akut yang sifatnya mendadak/tiba-tiba dan tidak bersifat menahun. Keluarga mengatakan penyebab gastritis adalah stress, kopi, pola makan yang tidak teratur dan makanan pedas dan asam. Keluarga mengatakan penyebab gastritis yang diderita An. Fa karena pola makan yang tidak teratur dan suka makan makanan yang pedas. Keluarga mengatakan tanda dan gejala gastritis adalah nyeri ulu hati, mual dan kembung. Keluarga mengatakan tanda dan gejala yang dialami An. Fa yaitu mual muntah, nyeri pada ulu hati, lemas, dan tidak nafsu makan. Objektif: Keluarga mampu menyebutkan kembali pengertian dari gastritis, keluarga mampu menyebutkan jenis-jenis gastritis, keluarga mampu mengidentifikasi jenis gastritis pada anggota keluarga, keluarga mampu menyebutkan 4 dari 7 penyebab gastritis, keluarga mampu mengidentifikasi penyebab gastritis yang dialami oleh keluarga, keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala gastritis, keluarga mampu mengidentifikasi tanda dan gejala yang dialami oleh keluarga. Analisa: Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan gastritis. Perencanaan: Lanjut TUK II

Bab 9

Proses Keperawatan Keluarga dengan Masalah Psikososial

9.1 Pendahuluan

9.1.1 Definisi

Gangguan kecemasan ditandai dengan gejala yang mencakup kekhawatiran, ketakutan sosial dan kinerja, serangan panik yang tidak terduga dan/atau dipicu, kecemasan antisipatif, dan perilaku menghindar (Szuhan & Simon, 2022). Kecemasan merupakan suatu keadaan suasana hati yang berorientasi masa depan yang terdiri dari sistem respons kognitif, afektif, fisiologis, dan perilaku yang kompleks terkait dengan persiapan untuk peristiwa atau keadaan yang diantisipasi yang dianggap mengancam (Chand & Marwaha, 2023). Gangguan kecemasan umum adalah salah satu gangguan mental yang paling umum, 20% orang dewasa dipengaruhi oleh gangguan kecemasan setiap tahun. Gangguan kecemasan umum menghasilkan ketakutan, kekhawatiran, dan perasaan kewalahan yang konstan. Gangguan kecemasan umum ditandai dengan kekhawatiran yang terus-menerus, berlebihan, dan tidak realistis tentang hal-hal sehari-hari (Munir & Takov, 2023). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) kecemasan adalah suatu kondisi

emosional dan pengalaman subyektif terhadap hal-hal yang tidak jelas dan spesifik sebagai hasil dari antisipasi bahaya yang memungkinkan orang melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2019a).

9.1.2 Penyebab

Menurut SDKI (PPNI, 2019a) penyebab kecemasan adalah sebagai berikut:

1. Krisis situasional

Krisis situasional adalah ketika suatu peristiwa dalam kehidupan seseorang atau kelompok mengganggu keseimbangan mental mereka, ini disebut sebagai krisis situasional. Contoh krisis situasional termasuk kehilangan pekerjaan, kehilangan orang yang dikasihi, kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit yang muncul atau menjadi lebih parah, perceraian, masalah di sekolah, dan menyaksikan tindakan kriminal (Stuart, 2021). Penelitian menunjukkan krisis situasi seperti COVID-19 dapat memengaruhi destabilisasi emosi individu contohnya kecemasan, hal ini berkaitan dengan proses adaptasi dari individu tersebut (Wyszomirska et al., 2023).

2. Kebutuhan tidak terpenuhi

Psikolog humanis Amerika Maslow pertama kali mengusulkan teori hierarki kebutuhan pada tahun 1954. Teori ini disusun untuk membagi kebutuhan manusia menjadi lima tingkatan dari rendah ke tinggi, yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan keamanan, cinta, dan rasa memiliki, kebutuhan akan manusia, kebutuhan akan rasa hormat, dan kebutuhan realisasi diri (Z. Liu et al., 2022).

3. Krisis maturasional

Dalam tugas perkembangan yang membutuhkan perubahan peran, dikenal sebagai krisis maturasi. Krisis maturasi terjadi pada periode transisi remaja, dewasa, pernikahan, menjadi orang tua, kehidupan pertengahan, dan pensiun. Keberhasilan dalam transisi dari masa anak-anak awal ke masa anak-anak pertengahan, misalnya, membutuhkan kemampuan untuk terlibat secara sosial dengan orang lain. Tanggung jawab multak dimiliki ketika seseorang menjadi

dewasa. Krisis dapat terjadi karena tekanan untuk perubahan sosial dan biologis (Stuart, 2021).

4. Ancaman terhadap konsep diri

Konsep diri berkaitan dengan semua pikiran, keyakinan, ide, keyakinan, dan pendirian yang membuat seseorang memahami keyakinannya dan memengaruhi orang lain. Konsep diri terdiri dari lima bagian: citra tubuh/gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri/penampilan peran, dan identitas diri/identitas personal (Pratiwi, 2023). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecemasan berhubungan dengan konsep diri, yang pada gilirannya dapat berkontribusi pada hasil kehidupan yang lebih buruk (Brumariu et al., 2022). Penelitian juga menunjukkan bahwa kecemasan menunjukkan konsep diri yang jauh lebih negatif (Krull et al., 2014).

5. Ancaman terhadap kematian

Kecemasan karena ancaman kematian sangat kuat berpotensi berkontribusi pada penderitaan individu tersebut (Emanuel et al., 2023). Penelitian menunjukkan ada hubungan yang kuat antara tekanan psikologis dan kecemasan kematian bagi peserta. Tekanan psikologis terkait dengan kecemasan kematian yang lebih signifikan pada mereka tidak bekerja daripada mereka yang bekerja (Shakil et al., 2022).

6. Kekhawatiran mengalami kegagalan

Ketakutan dikodekan oleh aktivasi fasik populasi neuron yang berbeda, sementara kecemasan menghasilkan perubahan aktivitas yang terus-menerus (Sah, 2017). Temuan penelitian menunjukkan bahwa ketakutan akan kegagalan berhubungan dengan kelelahan dan stres psikologis (Gustafsson et al., 2017).

7. Disfungsi sistem keluarga

Dalam sistem keluarga yang disfungsi, tidak ada seorang pun yang nyata; setiap orang berpura-pura ketika berada di tengah-tengah orang lain. Anggota keluarga menjadi terlepas, artinya mereka menunjukkan kurangnya perhatian atau minat satu sama lain aktivitas atau kesejahteraan. Beberapa ciri ini tipe keluarga adalah tingkat

kecemasan yang tinggi, peran yang membingungkan, kesepian, dan berkali-kali, mereka hidup terpisah dari masing-masing lainnya (Jones, 2014). Penelitian menunjukkan bahwa disfungsi sistem dalam keluarga dapat meningkatkan kecemasan (Guo et al., 2018).

8. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)

Studi genetik klinis yang tersedia saat ini menunjukkan heritabilitas gangguan kecemasan yang cukup besar (30-67%), dengan beberapa gen kerentanan seperti 5-HT1A, 5-HTT, MAO-A, COMT, CCK-B, ADORA2A, CRHR1, FKBP5, ACE, RGS2/7 dan NPSR1. Gen-gen ini telah terbukti sebagian berinteraksi satu sama lain serta dengan faktor lingkungan untuk membentuk risiko penyakit secara keseluruhan dalam model genetik yang kompleks. Pada tingkat sistem, gen kerentanan gangguan kecemasan tampaknya memberi beberapa risiko penyakit melalui fenotipe menengah seperti penghambatan perilaku, kepekaan kecemasan atau beberapa sifat neurobiologis seperti peningkatan reaktivitas mengejutkan atau aktivitas kortikolimbik disfungsional selama proses emosional (Domschke & Maron, 2013).

9. Penyalahgunaan zat

Penelitian menunjukan faktor risiko yang diidentifikasi dapat menyebabkan kecemasan antara lain merokok, penggunaan alkohol, dan penggunaan ganja (Zimmermann et al., 2020).

10. Kurang terpapar informasi

Tingkat pengetahuan dapat memengaruhi psikologi seseorang. Penelitian menunjukkan bahwa mereka yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah akan cenderung memiliki tingkat kecemasan yang tinggi (Jindal et al., 2020; Saravanan et al., 2020).

9.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut SDKI tanda dan gejala kecemasan terbagi menjadi mayor dan minor (PPNI, 2019a).

1. Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, dan sulit berkonsentrasi.

- b. Objektif
Tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur.
- 2. Gejala dan Tanda Minor
 - a. Subjektif
Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, dan merasa tidak berdaya.
 - b. Objektif
Frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, dan berorientasi pada masa lalu.

9.1.4 Proses Keperawatan

- 1. Pengkajian
Pengkajian kecemasan sering menggunakan kuesioner untuk mendeteksi adanya kecemasan. Kuesioner yang paling menunjukkan akurasi sedang hingga tinggi untuk orang dewasa (Generalized Anxiety Disorder scale: sensitivitas, 70% hingga 97%; spesifisitas, 50% hingga 89%), wanita hamil dan pascapersalinan (Edinburgh Postnatal Depression Scale: sensitivitas, 74%; spesifisitas, 64%), dan remaja (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) (Nelson et al., 2020).
- 2. Diagnosis Keperawatan
Diagnosa keperawatan kecemasan pada SDKI (PPNI, 2019a) diberi kode D.0080, masuk dalam kategori psikologis, subkategori integritas ego. Perawat harus mempertimbangkan diagnosis keperawatan tambahan di daftar mereka, atau diagnosis keperawatan lain yang termasuk dalam sub kategori integritas ego pada SDKI, jika 80% dari data di atas tidak terlihat pada pasien.

3. Perencanaan Keperawatan

a. Tujuan Keperawatan

Pada proses keperawatan untuk mengatasi masalah kecemasan tujuan utama yaitu Tingkat Ansietas dengan label L.09093 pada Standar Luar Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2019d). Ekspektasi Menurun dengan kriteria hasil: verbalisasi kebingungan, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, perilaku gelisah, perilaku tegang, keluhan pusing, anoreksia, palpitasi, frekuensi pernapasan, frekuensi nadi, tekanan darah, diaforesis, tremor, pucat, konsentrasi, pola tidur, perasaan keberdayaan, kontak mata, pola berkemih, dan orientasi.

b. Intervensi Keperawatan

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis ansietas adalah reduksi ansietas, dan terapi relaksasi (Rulino, 2022a).

- Reduksi ansietas

Intervensi reduksi ansietas dalam SIKI diberi kode (I.09314). Reduksi ansietas adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman. Tindakan yang dilakukan pada intervensi reduksi ansietas berdasarkan SIKI, antara lain:

- ✓ Observasi

Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).

- ✓ Terapeutik

Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, pahami situasi yang

membuat ansietas, mendengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

✓ Edukasi

Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, melatih teknik relaksasi.

✓ Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

• Terapi relaksasi

Intervensi terapi relaksasi dalam SIKI diberi kode (I.09326). Terapi relaksasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan.

✓ Observasi

Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan, monitor respons terhadap terapi relaksasi.

✓ Terapeutik

Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan, berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, gunakan pakaian longgar, gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama, gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai.

• Edukasi

Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif), jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).

9.2 Koping Keluarga tidak Efektif

9.2.1 Definisi

Lazarus dan Folkman (1984) menggunakan istilah koping untuk menggambarkan upaya kognitif dan perilaku yang digunakan seseorang untuk mengelola stres, umumnya dikategorikan sebagai koping yang berfokus pada emosi atau koping yang berfokus pada masalah (Mawarpury et al., 2022). Koping didefinisikan sebagai pikiran dan perilaku dimobilisasi untuk mengelola situasi stres internal dan eksternal. Ini adalah istilah yang digunakan secara khusus untuk mobilisasi tindakan sadar dan sukarela, berbeda dari 'mekanisme pertahanan' yang merupakan respons adaptif bawah sadar atau tidak sadar, yang keduanya bertujuan untuk mengurangi atau mentolerir stres (Algorani & Gupta, 2023).

Koping umumnya dikategorikan ke dalam empat kategori utama (Kato, 2015) yaitu:

1. Berfokus pada masalah
Mengatasi masalah yang menyebabkan kesusahan: Contoh gaya ini termasuk koping aktif, perencanaan, koping pengekangan, dan penekanan aktivitas bersaing.
2. Berfokus pada emosi
Koping yang bertujuan untuk mengurangi emosi negatif yang terkait dengan masalah: Contoh gaya ini meliputi pembungkaman ulang yang positif, penerimaan, beralih ke agama, dan humor.
3. Berfokus pada makna
Di mana seorang individu menggunakan strategi kognitif untuk memperoleh dan mengelola makna situasi
4. Penanganan sosial (pencarian dukungan)
Di mana individu mengurangi stres dengan mencari dukungan emosional atau instrumental dari komunitasnya.

Menurut SDKI koping tidak efektif adalah ketidakmampuan menilai dan merespons stres dan/ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah (PPNI, 2019e).

9.2.2 Tanda dan Gejala

Menurut PPNI (2019) tanda dan gejala koping tidak efektif dapat dibagi menjadi tanda dan gejala mayor dan minor.

1. Gejala dan Tanda Mayor
 - a. Data Subjektif
Klien mengungkapkan tidak mampu untuk mengatasi masalahnya.
 - b. Data Objektif
Klien tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia), klien menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai atau koping maladaptif.

2. Gejala dan Tanda Minor

a. Data Subjektif

Klien mengatakan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, klien memiliki kekhawatiran kronis.

b. Data Objektif

Klien menggunakan napza, klien memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri, perilaku klien tidak asertif, dan kurang berpartisipasi sosial.

9.2.3 Penyebab

Koping tidak efektif dapat disebabkan oleh berbagai faktor penyebab antara lain (PPNI, 2019e):

1. Ketidakpercayaan kemampuan diri mengatasi dalam masalah

Percaya diri berarti mengenali kemampuan diri sendiri, kepentingan diri sendiri, dan menyadari perasaan diri sendiri (Bayat et al., 2019). Penelitian mengungkapkan bahwa seseorang yang memiliki ketidakpercayaan diri akan cenderung memiliki koping yang tidak efektif (Low et al., 2022). Percaya diri merupakan salah satu strategi koping berorientasi masalah (Bakan & Inci, 2021).

2. Ketidakadekuatan sistem pendukung

Dukungan sosial mengacu pada pengalaman dihargai, dihormati, diperhatikan, dan dicintai oleh orang lain yang hadir dalam kehidupan seseorang. Ini mungkin berasal dari berbagai sumber seperti keluarga, teman, guru, komunitas, atau kelompok sosial mana saja yang berafiliasi. Dukungan sosial dapat datang dalam bentuk bantuan nyata yang diberikan oleh orang lain atau dalam bentuk dukungan sosial yang dirasakan yang menilai kepercayaan individu terhadap ketersediaan dukungan yang memadai saat dibutuhkan (Roohafza et al., 2014). Temuan penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan terbalik antara dukungan sosial dan koping, yang menunjukkan bahwa peningkatan dukungan sosial dikaitkan dengan penurunan tekanan emosional (Ramkisson et al., 2017).

3. Ketidakadekuatan sistem koping

Koping tidak efektif mengacu pada mekanisme koping yang berhubungan dengan hasil kesehatan mental yang buruk dan tingkat gejala psikopatologi yang lebih tinggi. Ini termasuk pelepasan, penghindaran, dan penekanan emosional. Fisiologi di balik gaya koping yang berbeda terkait dengan input serotonergik dan dopaminergik dari korteks prefrontal medial dan nukleus accumbens. Neuropeptida vasopresin dan oksitosin juga memiliki implikasi penting relatif terhadap gaya koping (Algorani & Gupta, 2023) .

4. Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan

Lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan perbedaan dalam kesehatan fisik melalui kerusakan pada sistem respons stres fisiologis yang dihasilkan dari upaya tubuh untuk mempertahankan homeostasis dalam menghadapi kekacauan. Keadaan ini menyebabkan kerusakan dan disregulasi sistem simpatis-adrenomedullary dan sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (Wadsworth, 2015).

5. Ketidacukupan persiapan untuk menghadapi stres

Rangsangan fisik atau psikologis yang mengganggu homeostasis menghasilkan respons stres. Rangsangan tersebut disebut stres dan perubahan fisiologis dan perilaku sebagai respons terhadap paparan stresor merupakan respons stres (Chu et al., 2023). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa stres dapat mempengaruhi koping seseorang, semakin tinggi tingkat stres maka koping maladaptif seseorang akan meningkat atau menjadi tidak efektif (Tendean, 2020).

6. Disfungsi sistem keluarga

Fungsi keluarga terdiri dari fungsi ekonomi, fungsi reproduksi, fungsi sosialisasi, fungsi afektif, dan fungsi perawatan kesehatan (Nies & Anef, 2018). Memiliki sistem keluarga yang sangat disfungsional berhubungan dengan gaya koping negatif yang dapat meningkatkan tingkat kejadian depresi dan kecemasan (L. Liu et al., 2023).

9.2.4 Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Masalah keperawatan koping inefektif didasarkan pada reaksi keluarga. Beberapa reaksi keluarga termasuk ketegangan, penurunan toleransi, permusuhan, perasaan malu dan bersalah, perasaan tidak berdaya, agitasi, menolak masalah, harga diri rendah, dan penolakan. Terapi yang tidak efektif adalah hasil dari koping keluarga yang tidak efektif (Zaini, 2019). Sejumlah besar instrumen pengkajian koping telah dikembangkan selama bertahun-tahun diantaranya adalah Ways of Coping Questionnaire (WCQ), Coping Inventory for Stressful Situations, Coping Orientation to Problems Experienced (COPE), dan Brief COPE Singkat (Nahlen Bose et al., 2015).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI PPNI (2019) diagnosa keperawatan yang berkaitan yaitu koping keluarga tidak efektif.

3. Perencanaan Keperawatan

a. Tujuan Keperawatan

Menurut SLKI kode luaran yaitu L.09088 mengenai Status (PPNI, 2019c). Ekspektasi membaik. Status koping membaik berarti membaiknya kemampuan menilai dan merespons stres dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah. kriteria hasil untuk membuktikan bahwa status koping membaik adalah: kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat, perilaku koping adaptif meningkat, verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat, verbalisasi pengakuan masalah meningkat, verbalisasi kelemahan diri meningkat, perilaku asertif meningkat, verbalisasi menyalahkan orang lain menurun, verbalisasi rasionalisasi kegagalan menurun, dan hipersensitif terhadap kritik menurun (Rulino, 2022c).

b. Intervensi Keperawatan

Dalam SIKI intervensi utama untuk diagnosis koping keluarga tidak efektif adalah sebagai berikut:

- Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)
Menurut SIKI intervensi dukungan pengambilan keputusan (I.09265) didefinisikan sebagai intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan dukungan dan informasi kepada pasien saat mereka membuat keputusan tentang kesehatan mereka. Tindakan yang dilakukan oleh intervensi dukungan pengambilan keputusan berdasarkan SIKI meliputi:
 - ✓ Observasi
Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik.
 - ✓ Terapeutik
Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan, diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, fasilitasi melihat situasi secara realistis, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan, fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif, hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi, fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu, dan fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.
 - ✓ Edukasi
Jelaskan alternatif solusi secara jelas dan berikan informasi yang diminta pasien
 - ✓ Kolaborasi
Kolaborasi dengan tenaga Kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan
- Dukungan Penampilan Peran (I.13478)
Menurut SIKI intervensi dukungan pengambilan keputusan (I.09265) adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan dukungan dan informasi kepada pasien saat mereka membuat keputusan tentang kesehatan mereka.

Menurut SIKI, tindakan yang dilakukan oleh intervensi ini meliputi tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan penampilan peran berdasarkan SIKI, antara lain:

- ✓ Observasi
Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan, identifikasi peran yang ada dalam keluarga, dan identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi.
- ✓ Terapeutik
Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan, fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku, fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir, jika perlu, fasilitasi diskusi tentang peran orang tua, jika perlu, fasilitasi diskusi tentang adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah, jika perlu, dan fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dan peran timbal balik.
- ✓ Edukasi
Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran, diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan, diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua, diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran, dan ajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh pasien/orang tua untuk memenuhi peran.
- ✓ Kolaborasi
Rujuk dalam kelompok untuk mempelajari peran baru.

- Promosi Koping (I.09312)

Menurut SIKI intervensi yang bertujuan untuk mendorong coping diberi kode I.09312. Intervensi yang disebut promosi coping dilakukan oleh perawat dengan tujuan meningkatkan

kemampuan kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stresor serta meningkatkan kemampuan untuk menggunakan sumber daya yang tersedia. Intervensi yang dilakukan untuk mendorong koping berdasarkan SIKI meliputi:

✓ Observasi

Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan, identifikasi kemampuan yang dimiliki, identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan, identifikasi pemahaman proses penyakit, identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan, identifikasi metode penyelesaian masalah, identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial.

✓ Terapeutik

Diskusikan perubahan peran yang dialami, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, diskusikan alasan mengkritik diri sendiri, diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri, diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu, diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri, dan fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan, berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan, motivasi untuk menentukan harapan yang realistis, tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan, hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan, motivasi terlibat dalam kegiatan sosial, motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia, damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan), perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama, dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang

tepat, dan kurang rangsangan lingkungan yang mengancam.

✓ Edukasi

Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama, anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, anjurkan keluarga terlibat, anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik, ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif, latih penggunaan teknik relaksasi, latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan, dan latih mengembangkan penilaian objektif.

9.3 Keputusan

9.3.1 Definisi

Menurut SDKI Keputusan merupakan diagnosa keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi (Rulino, 2022b). Keputusan juga dapat diartikan sebagai ketika seseorang merasa tidak ada pilihan atau tidak ada solusi untuk masalah yang mereka hadapi. Stres jangka panjang, penurunan kondisi fisik, kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual, kehilangan kepercayaan pada prinsip-prinsip penting, dan pengasingan dapat menyebabkan kondisi ini (Imelisa et al., 2021).

9.3.2 Penyebab

Menurut SDKI penyebab keputusan antara lain adalah sebagai berikut (Rulino, 2022b).

1. Stres jangka Panjang

Paparan stres terlalu lama memupuk kesehatan mental dan kesejahteraan yang buruk dengan mempromosikan strategi koping jangka panjang yang maladaptif, meningkatkan kerentanan terhadap stres di masa depan, dan membatasi hubungan interpersonal

(McLoughlin et al., 2021). Beberapa penelitian menunjukkan stres dapat menyebabkan keputusan (Civilotti et al., 2022; Zhang et al., 2022).

2. .Penurunan kondisi fisiologis

Fenomena keputusan yang berkaitan dengan penurunan fungsi fisiologis dikaitkan dengan lansia. Penuaan adalah proses yang kompleks dari berbagai perubahan fisik dan psikologis, terjadi kerugian progresif yang menghasilkan adaptasi yang kurang terhadap lingkungan. Lansia menganggap penuaan secara negatif, menjauh dari aktivitas sehari-hari dan hubungan sosial, sehingga lebih mudah mengalami emosi negatif yaitu keputusan (Hartmann Júnior et al., 2018).

3. Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual

Kurangnya aktivitas spiritual membuat seseorang lebih mudah mengalami putus asa (Fitch & Bartlett, 2019). Efek spiritual pada kesehatan mental cenderung dua arah, dan kepercayaan agama seringkali digunakan untuk mengatasi tekanan baik negatif dan positif yang dapat memengaruhi hasil kesehatan mental (Lucchetti et al., 2021). Penelitian menunjukkan bahwa intervensi spiritual dapat meningkatkan kesejahteraan spiritual dan kualitas hidup, serta mengurangi keputusan (Xing et al., 2018). Penyebab lainnya yang dapat menyebabkan keputusan yaitu kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting, pembatasan aktivitas jangka panjang, dan pengasingan

9.3.3 Tanda dan Gejala

Menurut (PPNI, 2019b) tanda dan gejala keputusan dapat dibagi menjadi tanda dan gejala mayor dan minor.

1. Tanda dan gejala mayor

- a. a.Subjektif
Mengungkapkan keputusan.
- b. Objektif
Berperilaku pasif.

2. Tanda dan gejala Minor

a. Subjektif

Sulit tidur dan selera makan menurun.

b. Objektif

Afek datar kurang inisiatif, meninggalkan lawan bicara, meninggalkan lawan bicara, kurang terlibat dalam aktivitas perawatan, mengangkat bahu sebagai respon pada lawan bicara.

9.3.4 Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keputusan secara umum menggunakan pengkajian Beck Hopeless Scale (Fisher & Overholser, 2013).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan keputusan ini diberi kode D.0088, masuk dalam kategori psikologis, subkategori integritas ego (Rulino, 2022b).

3. Perencanaan Keperawatan

a. tujuan keperawatan

Dalam SLKI luaran utama untuk diagnosis keputusan adalah harapan meningkat. Harapan meningkat diberi kode L.09068 dalam SLKI. Harapan meningkat berarti meningkatnya ketersediaan alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa harapan meningkat adalah: keterlibatan dalam aktivitas perawatan meningkat, verbalisasi keputusan menurun, dan Perilaku pasif menurun (Rulino, 2022b).

b. Intervensi Keperawatan

Intervensi utama untuk diagnosis keputusan dalam SIKI adalah sebagai berikut:

- Dukungan Emosional (I.09256)

Intervensi dukungan emosional dalam SIKI diberi kode (I.09256). Dukungan emosional adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi penerimaan

kondisi emosional selama masa stres. Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan emosional berdasarkan SIKI, antara lain:

- ✓ Observasi
Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien, identifikasi hal yang telah memicu emosi.
- ✓ Terapeutik
Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih, buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka, lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis: merangkul, menepuk-nepuk), tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu, dan kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah.
- ✓ Edukasi
Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu, anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis: ansietas, marah, sedih), anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan, ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat.
- ✓ Kolaborasi
Rujuk untuk konseling, jika perlu.
- Promosi Harapan (I.09307)
Intervensi promosi harapan dalam SIKI diberi kode (I.09307). Promosi harapan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan kepercayaan pada kemampuan untuk memulai dan mempertahankan Tindakan.
 - ✓ Observasi
Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup.

✓ Terapeutik

Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting, pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan, libatkan pasien secara aktif dalam perawatan, kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks, berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok, ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual.

✓ Edukasi

Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis, anjurkan mempertahankan hubungan (mis: menyebutkan nama orang yang dicintai), anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain, latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan, latih cara mengembangkan spiritual diri, latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis: prestasi, pengalaman).

Bab 10

Evaluasi dan Tindak Lanjut dalam Keperawatan Keluarga

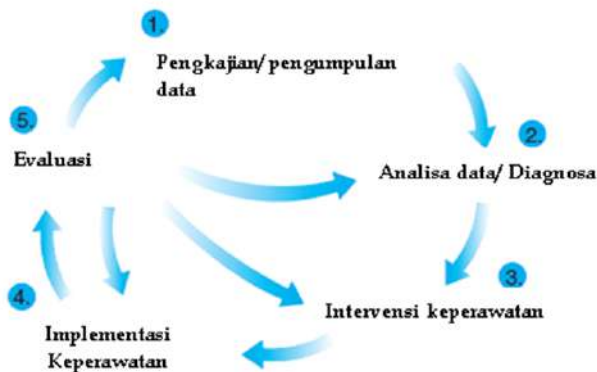
10.1 Pendahuluan

Evaluasi adalah fase kelima dari proses keperawatan dan merupakan langkah kritis dalam melihat implementasi dari intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Meskipun tahap evaluasi adalah langkah terakhir yang dijelaskan dalam proses keperawatan, akan tetapi dapat menjalin seluruh tahapan lainnya dalam proses keperawatan. Evaluasi melibatkan analisis kritis dari tahap awal pengkajian dan pengumpulan data kemudian berlanjut hingga tahap implementasi. Sama halnya dengan proses penilaian, evaluasi bersifat kontinyu dan berkelanjutan. Intervensi keperawatan yang telah disusun dan respons pasien dievaluasi dengan menjawab pertanyaan “Apakah pasien mengalami kemajuan sesuai nursing outcome? Apakah tujuan perawatan telah tercapai? Apakah intervensi selesai dan masalah pasien teratasi? Apakah tujuan sebagian terpenuhi atau tidak terpenuhi?” (Berman et al., 2018).

Evaluasi berlangsung terus menerus. Evaluasi dilakukan sementara atau segera setelah menerapkan tindakan keperawatan, hal ini memungkinkan perawat untuk membuat modifikasi dalam sebuah intervensi keperawatan. Evaluasi dilakukan secara interval (misalnya, sekali seminggu untuk itu Home Care)

yang menunjukkan cakupan dari kemajuan pencapaian terhadap tujuan/ hasil. Evaluasi berlanjut sampai pasien mencapai sasaran kesehatan yang telah ditentukan atau boleh pulang dari perawatan. Evaluasi pada pasien pulang termasuk dari sasaran capaian. Melalui evaluasi, perawat menunjukkan tanggung jawab dan akuntabilitas untuk tindakan keperawatan (Seaback, 2012).

Dalam membuat penilaian klinis pada asuhan keperawatan keluarga, perawat terlibat dalam proses berpikir kritis untuk sejauh apa mereka telah mencapai hasil. Melibatkan keluarga dalam membuat keputusan tentang apakah intervensi akan dilanjutkan, atau memodifikasi intervensi, atau untuk meninjau kembali riwayat perawatan keluarga. Selain mengevaluasi hasil, hal lain yang penting dari evaluasi keluarga adalah keputusan kapan harus mengakhiri hubungan dengan keluarga. Kadang-kadang perawatan dengan keluarga berakhir tiba-tiba. Pada kasus ini, penting bagi perawat untuk menentukan kekuatan yang menyebabkan berakhirnya hubungan perawat-keluarga. Disisi lain, hubungan keluarga-perawat berakhir lebih alami, seperti ketika perawat dan keluarga bersama-sama menentukan bahwa keluarga telah mencapai hasil yang dimaksudkan. Apapun alasan dari akhir hubungan perawat-keluarga, sangat penting bahwa mengakhiri hubungan dengan baik harus dicapai antara para pihak (Shajan & Snell, 2019).



Gambar 10.1: Hubungan Evaluasi Dengan Proses Keperawatan (Seaback, 2012)

Terdapat hubungan evaluasi dengan fase proses keperawatan lainnya di mana evaluasi yang berhasil tergantung pada keefektifan proses-proses yang mendahuluinya. Data pengkajian harus akurat dan lengkap sehingga perawat

dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat dan sesuai hasil yang diinginkan. Hasil yang diinginkan harus dinyatakan secara konkrit dalam tindakan keperawatan (Kaakinen, Coehlo, Steele, & Robinson, 2018).

10.2 Definisi Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang dijelaskan secara sistematis untuk mencapai tujuan, efektif dan efisien, serta menentukan dampak dari suatu tindakan, dan juga membantu mengambil keputusan untuk memperbaiki satu atau lebih aspek dari program perencanaan (Setiadi, 2012). Evaluasi adalah pemantauan manajemen untuk mencapai hasil aktual terhadap hasil yang diharapkan. Oleh karena itu, evaluasi diperlukan setelah melakukan pengkajian, diagnosa, perencanaan dan implementasi. Tahap pengkajian atau evaluasi adalah perbandingan status kesehatan pasien secara sistematis dan terencana dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara berkesinambungan dengan partisipasi pasien dan keluarga, petugas kesehatan lain dan merupakan akhir dari rangkaian proses keperawatan. yang berguna dalam menetapkan apakah tujuan tindakan keperawatan yang diambil telah tercapai atau diperlukan pendekatan yang berbeda. Dilakukan penilaian terhadap rencana tindakan keperawatan yang telah diberikan. Jika belum tercapai, sebuah rencana baru yang sesuai harus dibuat. Semua tindakan keperawatan tidak bisa dilakukan dalam satu kali kunjungan keluarga. Untuk itu, bisa dilakukan secara bertahap sesuai waktu dan kesiapan keluarga (Wahyuni, Parliani, & Hayati, 2021).

Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan perawat menentukan progresifitas pasien mencapai tujuan atau hasil yang efektif terkait rencana asuhan keperawatan dengan tindakan intelektual dalam melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan untuk diagnosa keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat dalam memonitor apa yang terjadi selama pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi (Ayuni, 2020).

10.3 Jenis Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Dalam evaluasi terdapat 2 jenis pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga, yakni sebagai berikut:

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai .

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan. Bila terdapat ketidaksesuaian dalam hasil yang dicapai, keseluruhan proses mulai dari pengkajian sampai dengan tindakan perlu ditinjau kembali. Ada beberapa metode yang perlu dilaksanakan dalam melakukan evaluasi diantaranya adalah observasi langsung, wawancara, memeriksa laporan dan latihan stimulasi (Dion & Yasinta, 2013).

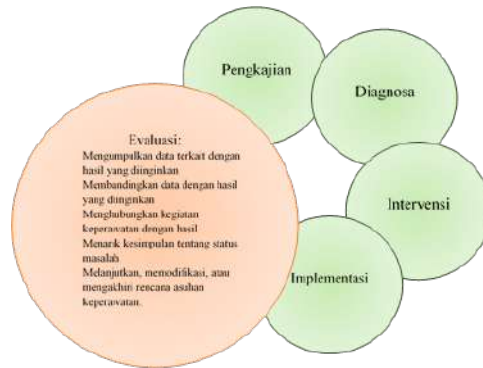
Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna (Ryandini, 2018).

Tabel 10.1: Evaluasi Keperawatan Keluarga

S (Subjektif)	:	adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan.
O (Objektif)	:	adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
A (Analisis)	:	adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
P (Planning)	:	adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.
(Koten, Afriani, Dewi, Yatnikasari, & Novieastari, 2021)		

10.4 Komponen Evaluasi Keperawatan Keluarga

Seperti yang dinyatakan sebelumnya bahwa evaluasi dapat dilakukan saat sedang berlangsungnya implementasi keperawatan dan berkelanjutan saat setiap kontak dengan keluarga. Namun, data yang dikumpulkan untuk tujuan yang berbeda dalam proses keperawatan, selama fase pengkajian perawat mengumpulkan data untuk keperluan diagnosis, selama fase evaluasi perawat mengumpulkan data untuk tujuan membandingkannya dengan tujuan/ luaran yang telah ditetapkan dan menilai efektivitas asuhan keperawatan (Kaakinen et al., 2018).



Gambar 10.2: Komponen dalam Evaluasi Keperawatan Keluarga (Berman et al., 2018)

10.4.1 Mengumpulkan Data Terkait dengan Hasil yang Diinginkan

Menggunakan hasil yang diinginkan dan dinyatakan dengan jelas, tepat, dan terukur sebagai pedoman, perawat mengumpulkan data sehingga dapat ditarik kesimpulan tentang apakah tujuan telah tercapai atau tidak. Biasanya perlu dikumpulkan baik data objektif maupun subjektif. Beberapa data mungkin memerlukan interpretasi. Contoh data yang membutuhkan interpretasi adalah derajat turgor jaringan dari dehidrasi pasien atau derajat kecemasan dari pasien yang mengalami nyeri. Data subjektif membutuhkan penafsiran termasuk keluhan dari mual atau nyeri. Kapan perawat menafsirkan data subjektif?, dalam hal ini perawat harus mempertimbangkan salah satu diantara pernyataan pasien atau indikator objektif dari keluhan pasien. Data harus dicatat secara ringkas dan akurat untuk memudahkan bagian selanjutnya dari proses evaluasi (Berman et al., 2018).

10.4.2 Membandingkan data dengan hasil yang diinginkan

Jika dua bagian pertama dari proses evaluasi ini telah dilakukan secara efektif, selanjutnya akan relatif sederhana dalam menentukan apakah hasil yang diinginkan tercapai atau tidak. Dalam hal ini perawat dan pasien akan bermain peran dalam membandingkan antara respon pasien dengan hasil yang diinginkan. Misalnya: Apakah dalam 24 jam pasien sudah minum 3.000 mL cairan? Apakah pasien dapat berjalan tanpa bantuan dengan jarak yang telah ditentukan per hari?

Saat sebuah tujuan dirasa telah tercapai, perawat dapat memutuskan satu dari tiga kemungkinan kesimpulan:

1. Tujuan terpenuhi; yaitu, respons pasien sama dengan hasil yang diinginkan.
2. Tujuan terpenuhi sebagian; yaitu, tujuan jangka pendek tercapai tetapi tujuan jangka panjang tidak, atau tujuan yang diinginkan dicapai secara tidak lengkap.
3. Tujuan tidak terpenuhi.

Setelah menentukan tercapai atau tidaknya suatu tujuan, perawat menulis pernyataan evaluasi (baik pada rencana perawatan atau catatan perawat). Sebuah pernyataan evaluasi terdiri dari dua bagian: kesimpulan dan data pendukung. Kesimpulan adalah pernyataan bahwa tujuan/ hasil yang diinginkan terpenuhi, terpenuhi sebagian, atau tidak terpenuhi. Data pendukung dapat diidentifikasi dari respon pasien, sebagai contoh pada kasus dehidrasi: Sasaran terpenuhi di mana Intake oral 300 mL lebih banyak dari output; turgor kulit kencang; mukosa lembab (Berman et al., 2018).

10.4.3 Menghubungkan Tindakan Keperawatan Dengan Hasil

Tahap ketiga dari proses evaluasi adalah menentukan apakah tindakan keperawatan memiliki hubungan dengan hasil yang telah ditentukan. Pada dasarnya bahwa tindakan keperawatan adalah satu-satunya faktor dalam menentukan tujuan terpenuhi, terpenuhi sebagian, atau tidak memenuhi tujuan. Misalnya, seorang pasien di dalam keluarga mengalami obesitas dan perlu menurunkan 14 kg berat badannya. Ketika perawat dan pasien menyusun rencana perawatan, salah satu tujuannya adalah “Kehilangan 1,4 kg berat badan dalam 4 minggu”. Strategi dalam intervensi keperawatan adalah “Jelaskan cara merencanakan dan menyiapkan diet 1.200 kalori.” Empat minggu kemudian, pasien menimbang dirinya sendiri dan kehilangan 1,8 kg berat badan. Hasil telah terpenuhi, bahkan terlampaui. Berdasarkan hal tersebut sangat mudah untuk mengatakan bahwa menyusun strategi perawatan sangatlah efektif. Namun, penting untuk mengumpulkan data dukung lainnya sebelum sampai pada kesimpulan akhir (Seaback, 2012).

Dalam hal menentukan rencana diet kalori pada pasien, perawat sebisa mungkin mengidentifikasi hal sebagai berikut: (a) Pasien berencana diet 1.200

kalori dan bisa mempersiapkan pola makannya dengan benar; (b) Pasien berencana diet 1.200 kalori akan tetapi tidak bisa mempersiapkan pola makan yang benar; (c) Pasien tidak memahami bagaimana merencanakan diet 1.200 kalori dan mempersiapkan pola makan yang benar, jadi dalam hal ini pasien sama sekali tidak mampu. Jika kemungkinan pertama (a) dipastikan benar, perawat dapat dengan aman menilai bahwa strategi keperawatan “Jelaskan bagaimana merencanakan dan mempersiapkan diet 1.200 kalori” efektif dalam membantu pasien menurunkan berat badan. Namun, jika perawat mengetahui bahwa kemungkinan kedua (b) atau ketiga (c) benar-benar terjadi, maka harus diasumsikan bahwa strategi keperawatan tidak akan efektif dalam memengaruhi hasil yang ditentukan (Seaback, 2012).

Jika demikian, langkah selanjutnya bagi perawat adalah mengumpulkan data tentang hal apa saja selain diet kalori dan mengatur pola makan yang sebenarnya dapat dilakukan pasien untuk menurunkan berat badan. Hal ini penting untuk membangun hubungan antara tindakan keperawatan dan respon pasien.

10.4.4 Menarik Kesimpulan Tentang Status Masalah

Berman et al. (2018) mengemukakan bahwa perawat menggunakan penilaian tentang pencapaian tujuan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dalam menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah masalah.

Adapun status dari masalah yang dimiliki pasien adalah:

1. Masalah aktual yang dinyatakan dalam diagnosa keperawatan telah teratasi, atau masalah potensial dapat dicegah dan tidak terdapat adanya faktor risiko. Dalam hal ini perawat dapat mendokumentasikan bahwa masalah teratasi dan intervensi dihentikan.
2. Masalah potensial yang dinyatakan dalam diagnosa keperawatan dapat dicegah/ di atasi, akan tetapi faktor risikonya masih ada. Dalam hal ini, perawat dalam pendokumentasiannya menyatakan bahwa rencana keperawatan dilanjutkan.
3. Masalah aktual tetap ada meskipun tujuan telah tercapai. sebagai contoh: ditetapkan tujuan bahwa pasien "Mampu memenuhi intake oral 3.000 mL per hari". Meskipun data menunjukkan bahwa tujuan telah tercapai, namun data lainnya menunjukkan membran mukosa

bibir kering. Hal tersebut menunjukkan bahwa itu diagnosa Kurang Volume Cairan masih berlaku. Oleh karena itu intervensi keperawatan harus terus dilakukan meski tujuan telah tercapai. Ketika tujuan sebagian terpenuhi atau ketika tujuan belum sepenuhnya terpenuhi, perawat dapat menarik dua kesimpulan:

- a. Rencana perawatan mungkin perlu direvisi, karena masalahnya adalah hanya teratasi sebagian. Revisi mungkin perlu dilakukan walaupun sementara dalam proses pengkajian, mendiagnosis, atau fase perencanaan, demikian halnya saat penerapan tindakan keperawatan
- b. Rencana asuhan tidak perlu direvisi, karena pasien hanya membutuhkan lebih banyak waktu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam membuat keputusan ini, perawat harus memiliki penilaian mengapa tujuan tersebut hanya sebagian tercapai, termasuk apakah evaluasi terlalu cepat dilakukan.

10.4.5 Melanjutkan, Memodifikasi, Atau Mengakhiri Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga.

Setelah menarik kesimpulan tentang status masalah pasien, perawat memodifikasi rencana asuhan sesuai indikasi. Tergantung pada penyebabnya, modifikasi dapat dilakukan dengan menentukan porsi dari rencana keperawatan, menandai porsi rencana keperawatan dengan cara diberikan highlight, atau mengindikasikan revisi sewajarnya di mana perawat mungkin akan menuliskan "Rencana Dihentikan", "tujuan tercapai," atau "masalah terselesaikan" dan mencantumkan tanggal. Ketika tujuan tercapai atau tidak, perlu untuk membuat keputusan tentang melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan untuk setiap masalah (Berman et al., 2018).

Sebelum melakukan modifikasi, perawat harus menentukan keefektifan dari rencana keperawatan seutuhnya. Hal ini memerlukan tinjauan dari seluruh aspek rencana keperawatan dan setiap proses keperawatan, diantaranya:

1. Pengkajian. Pengaruh data dasar yang tidak lengkap dapat membuat kekeliruan pada semua langkah selanjutnya dari proses dan rencana asuhan keperawatan. Jika data tidak lengkap, perawat perlu mengkaji

ulang pasien dan mencatat data baru. Dalam beberapa kasus, data baru mungkin menunjukkan kebutuhan untuk diagnosis keperawatan yang baru, tujuan/ hasil yang baru, dan intervensi keperawatan yang baru pula.

2. **Diagnosis.** Jika data dasar tidak lengkap, mungkin dibutuhkan diagnosis baru. Jika data dasar sudah lengkap, maka perawat perlu menganalisis apakah masalah telah diidentifikasi dengan benar dan apakah diagnosis keperawatan relevan dengan data dasar yang diperoleh tersebut. Setelah membuat penilaian tentang status masalah, perawat perlu merevisi atau menambahkan diagnosis baru yang tercermin dari sebagian besar data pasien yang terbaru.
3. **Perencanaan: Luaran Keperawatan.** Jika diagnosis keperawatan tidak akurat, jelas diperlukan pernyataan tujuan/ hasil revisi. Jika diagnosis keperawatan sudah tepat, perawat kemudian memeriksa apakah tujuan itu realistis dan dapat dicapai. Tujuan yang tidak realistis membutuhkan koreksi, perawat juga harus menentukan apakah prioritas telah berubah dan apakah pasien masih setuju dengan prioritas yang ditentukan. Misalnya, mungkin jumlah waktu yang ditetapkan untuk jumlah tertentu pada penurunan berat badan terlalu singkat dan seharusnya diperpanjang. Tujuan dan luaran juga harus ditulis untuk setiap diagnosa keperawatan yang baru.

Perencanaan: Intervensi Keperawatan. Perawat mengidentifikasi apakah intervensi keperawatan sesuai dengan pencapaian tujuan dan intervensi keperawatan manakah yang terbaik. Bahkan ketika diagnosis dan tujuan/ luaran telah sesuai, bisa jadi intervensi keperawatan yang dipilih mungkin bukan yang terbaik untuk mencapai sasaran. Dalam hal ini, intervensi keperawatan yang baru mungkin mencerminkan perubahan asuhan keperawatan yang dibutuhkan pasien, perubahan penjadwalan, atau penataan ulang tindakan keperawatan. Misalnya, untuk pasien di dalam keluarga yang mana menginginkan dirinya untuk berhenti merokok, ada banyak intervensi potensial yang dapat diterapkan misalkan

- intervensi keperawatan seperti konseling kelompok perlu ditambahkan (Muhith & Siyoto, 2016).
4. Pelaksanaan. Bahkan jika semua bagian dari intervensi keperawatan tampak memuaskan bagi pasien, bisa saja hal tersebut mengganggu pencapaian tujuan/ luaran keperawatan. Sebelum menentukan intervensi baru, perawat harus mampu mengidentifikasi apakah mungkin untuk dilakukan. Bagi keluarga mungkin tidak relevan karena intervensi keperawatan kurang jelas bagi mereka atau karena kendala eksternal seperti kesiapan materi, waktu, dan peralatan. Setelah melakukan modifikasi yang diperlukan pada rencana perawatan, perawat mengimplementasikan rencana yang dimodifikasi dan memulai siklus proses keperawatan lagi.

10.5 Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan Keluarga

Kegiatan dalam evaluasi yang dilakukan oleh perawat meliputi mengevaluasi kemajuan status kesehatan pasien dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah keperawatan dan kemajuan tujuan yang telah disusun bersama dengan perawat dan keluarga (Riasmini et al., 2017).

Tabel 10.2: Contoh Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan Keluarga (Wahyuni et al., 2021)

No	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Hari/ Tanggal	Evaluasi
1	Nyeri akut pada Ny. HW di keluarga Tn. M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	Kamis, 22 Juni 2023	S: <ul style="list-style-type: none">Ny. HW mengatakan nyeri kepala seperti ditekan benda berat, nyeri yang dirasakan hilang timbul, berkurang jika tidak dibawa

No	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Hari/Tanggal	Evaluasi
	ditandai dengan Ny. HW mengatakan nyeri kepala seperti ditekan benda berat (D.0077) (PPNI, 2019)		<p>beraktivitas dan bertambah jika dibuat beraktivitas dan terutama pada pagi hari, skala nyeri 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Keluarga mengatakan tidak mengerti kenapa bisa nyeri dan penyebab nyerinya yang dirasakan Ny. HW ● Ny. HW dan keluarga mengatakan mengerti dengan nyeri yang dirasakan dan penyebabnya ● Ny. HW mengatakan bahwa nyeri kepalanya akibat tekanan darah tinggi yang saat ini sedang dialami oleh pasien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● TD: 190/110 mmHg ● N: 110 x/mnt ● Rr: 30 x/mnt ● S: 36,6 °C ● Mata tampak sembab <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: TUK 1 dipertahankan, lanjutkan TUK 2</p> <p>(PPNI, 2018b) (PPNI, 2018a)</p>

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Terdapat 5 komponen dalam evaluasi keperawatan keluarga antara lain: a) mengumpulkan data terkait dengan hasil yang diinginkan; b) membandingkan data dengan hasil yang diinginkan; c) menghubungkan kegiatan keperawatan dengan hasil; d) menarik kesimpulan tentang status masalah; e) melanjutkan, memodifikasi, atau mengakhiri rencana asuhan keperawatan. Adapun jenis-jenis Evaluasi dalam asuhan keperawatan antara

lain: Evaluasi formatif (proses), dan Evaluasi Sumatif (hasil). Pada dasarnya, evaluasi dalam asuhan keperawatan keluarga adalah hubungan antara perawat dan pasien dan keluarga yang menyepakati keberlanjutan atau berakhirnya rencana tindakan keperawatan yang telah disusun bersama-sama.

Daftar Pustaka

- Agatha, S., & Siregar, T. (2023). Atasi Kecemasan Perawat dengan Terapi Self Healing: Mindfulness Therapy Meditation. Pradina Pustaka.
- Ahmad Kholid. (2015). Promosi Kesehatan: Dengan pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya. Jakarta: Rajagrafindo Perkasa.
- Algorani, E. B., & Gupta, V. (2023). Coping Mechanisms. In StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>
- Amah, O.E. (2021) 'Managing the negative effects of work-to-family and family-to-work conflicts on family satisfaction of working mothers' in Nigeria: the role of extended family support', Community, Work & Family, 24(3), pp. 257–271. Available at: <https://doi.org/10.1080/13668803.2019.1697646>.
- American Academic of Pediatrics (2022) 'Single Parenting', Pediatric Patient Education [Preprint]. Available at: https://doi.org/10.1542/peo_document135.
- Aprilia, Wulansari. (2022). Edukasi Kesehatan Keluarga dalam melakukan Perawatan dengan Masalah Pengelolaan Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif. Indonesian Journal of Nursing Research. Vol.5.No.2.
- Asmadi (2018) 'Konsep Dasar Keperawatan.pdf'. Jakarta: EGC.
- Ayuni, D. Q. (2020). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Post Operasi Katarak: Pustaka Galeri Mandiri.
- Bakan, G., & Inci, F. H. (2021). Predictor of self-efficacy in individuals with chronic disease: Stress-coping strategies. Journal of Clinical Nursing, 30(5–6), 874–881. <https://doi.org/10.1111/jocn.15633>

- Bayat, B., Akbarisomar, N., Tori, N. A., & Salehiniya, H. (2019). The relation between self-confidence and risk-taking among the students. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 27. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_174_18
- Bell, J.M. (2013) 'Family Nursing Is More Than Family Centered Care', *Journal of Family Nursing*, 19(4), pp. 411–417. Available at: <https://doi.org/10.1177/1074840713512750>.
- Bell, Kenton (2014) 'blended family definition | Open Education Sociology Dictionary'. Available at: <https://sociologydictionary.org/blended-family/> (Accessed: 22 June 2023).
- Bell, T. and Romano, E. (2017) 'Permanency and Safety Among Children in Foster Family and Kinship Care: A Scoping Review', *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(3), pp. 268–286. Available at: <https://doi.org/10.1177/1524838015611673>.
- Bergström, M. et al. (2020) 'Interventions in Foster Family Care: A Systematic Review', *Research on Social Work Practice*, 30(1), pp. 3–18. Available at: <https://doi.org/10.1177/1049731519832101>.
- Berman, A., Snyder, S. J., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Hales, M., Harvey, N., . . . Reid-Searl, K. (2018). *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing* [4th Australian edition]: Pearson Australia.
- Bernard, A.J. (2023) *Family: Definition, Meaning, Members, Types, & Facts*, Britannica. Available at: <https://www.britannica.com/topic/family-kinship> (Accessed: 11 June 2023).
- Betan, Y. and Yasintha, M. (2022) 'Indicators of the Healthy Indonesia Program in Remote Areas', *KnE Life Sciences* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.18502/cls.v7i2.10395>.
- Broekema, S. et al. (2020) 'Nurses' application of the components of family nursing conversations in home health care: a qualitative content analysis', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), pp. 322–331. Available at: <https://doi.org/10.1111/scs.12731>.
- Bruce, B. et al. (2002) 'A Multisite Study of Health Professionals' Perceptions and Practices of Family-Centered Care', *Journal of Family Nursing*, 8(4), pp. 408–429. Available at: <https://doi.org/10.1177/107484002237515>.

- Brumariu, L. E., Waslin, S. M., Gastelle, M., Kochendorfer, L. B., & Kerns, K. A. (2022). Anxiety, academic achievement, and academic self-concept: Meta-analytic syntheses of their relations across developmental periods. *Development and Psychopathology*, 1–17. <https://doi.org/10.1017/S0954579422000323>
- Budiono, & Pertami, S. B. (2022). *Konsep Dasar Keperawatan*. Bumi Medika.
- Chand, S. P., & Marwaha, R. (2023). Anxiety. In StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
- Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., & Ayers, D. (2023). Physiology, Stress Reaction. In StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>
- Civilotti, C., Acquadro Maran, D., Garbarino, S., & Magnavita, N. (2022). Hopelessness in Police Officers and Its Association with Depression and Burnout: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5169. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095169>
- Cranley, L.A. et al. (2022) ‘Nurses’ Attitudes Toward the Importance of Families in Nursing Care: A Multinational Comparative Study’, *Journal of Family Nursing*, 28(1), pp. 69–82. Available at: <https://doi.org/10.1177/10748407211042338>.
- Debby, S., Albyn, D. F., Prabarini, L. P., Munandar, A., Mangundap, M. E., Hutomo, W. M. P., & Nainggolan, S. S. (2022). *Ilmu keperawatan komunitas dan keluarga*. Cv. DOTPLUS Publisher.
- Dinkes Gorontalo. (2019). *Pelayanan kesehatan peduli remaja mengatasi permasalahan kesehatan anak usiaa sekolah dan remaja*. <https://dinkes.gorontalooprov.go.id/pelayanan-kesehatan-peduli-remaja-mengatasi-permasalahan-kesehatan-anak-sekolah-dan-remaja>
- Dion, Y., & Yasinta, B. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Djawas, M. et al. (2021) ‘The Government’s Role in Decreasing Divorce Rates in Indonesia: A Study of Its Factors and Impacts in Aceh and South Sulawesi’, *AHKAM: Jurnal Ilmu Syariah*, 21(1). Available at: <https://doi.org/10.15408/ajis.v21i1.20870>.
- Dock L., E. a. (2015) ‘Nursing Ethics’, Sage, (September).

- Domschke, K., & Maron, E. (2013). Genetic factors in anxiety disorders. *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*, 29, 24–46. <https://doi.org/10.1159/000351932>
- Durkheim, E. (1992) *Professional Ethics and Civic Morals*. London: Brookfield.
- Ellis, L. et al. (2016) ‘Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience’, *American Journal of Critical Care*, 25(1), pp. 39–45. Available at: <https://doi.org/10.4037/ajcc2016926>.
- Emanuel, L. L., Solomon, S., Chochinov, H. M., Delgado Guay, M. O., Handzo, G., Hauser, J., Kittelson, S., O’Mahony, S., Quest, T. E., Rabow, M. W., Schoppee, T. M., Wilkie, D. J., Yao, Y., & Fitchett, G. (2023). Death Anxiety and Correlates in Cancer Patients Receiving Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 26(2), 235–243. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0052>
- Extended family (2023) Wikipedia. Available at: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Extended_family&oldid=1155915877 (Accessed: 22 June 2023).
- Fabanyo, R. A., Momot, S. L., & Mustamu, A. C. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Family Nursing Care)*. Penerbit NEM.
- Fadhilah, N., Nuryati, E., & Ardina, R. (2021). *Asuhan keperawatan keluarga aplikasi dalam praktik: NICNOC, SKDI SIKI SLKI*. Jakad Media Publishing.
- Fau, P., & Simatupang, M. (2023). *asuhan keperawaatn keluarga: Teori dan aplikasi. pusat pengembangan pendidikan dan penelitian indonesia*.
- Faux, S.A. and Knafl, K.A. (1996) ‘Family-Health Care Provider Relationships: The New Paradigm’, *Journal of Family Nursing*, 2(2), pp. 107–110. Available at: <https://doi.org/10.1177/107484079600200201>.
- Fawley-King, K. et al. (2017) ‘The impact of changing neighborhoods, switching schools, and experiencing relationship disruption on children’s adjustment to a new placement in foster care’, *Child Abuse & Neglect*, 63, pp. 141–150. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.016>.
- Febriana, D. V. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan. Anak Hebat Indonesia*.

- Fisher, L. B., & Overholser, J. C. (2013). Refining the assessment of hopelessness: An improved way to look to the future. *Death Studies*, 37(3), 212–227. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.628437>
- Fitch, M. I., & Bartlett, R. (2019). Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 111–121. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_62_18
- Font, S.A. and Gershoff, E.T. (2020) ‘Foster Care: How We Can, and Should, Do More for Maltreated Children’, *Social Policy Report*, 33(3), pp. 1–40. Available at: <https://doi.org/10.1002/sop2.10>.
- Friedemann, M.-L. (1989) ‘The concept of family nursing’, *Journal of Advanced Nursing*, 14(3), pp. 211–216. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01527.x>.
- Friedman, M. (1998) *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R. and Jones, E. G. (2010) *Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Friedman. (2013.) *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Gosyen Publishing. Lewis, S.
- Frisca, S. et al. (2022) *Penelitian Keperawatan*. Edited by R. Watianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Gachenia, L., Kamunyu, R. and Chiroma, N. (2021) ‘INFLUENCE OF ATTACHMENT STYLES ON ESTABLISHMENT OF ADOLESCENTS’ IDENTITY AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS FROM BLENDED FAMILIES IN KIAMBU COUNTY’, *International Journal of Education, Psychology and Counseling*, 6(44), pp. 137–154. Available at: <https://doi.org/10.35631/IJEPC.644011>.
- Ginintasi, R. (2016) ‘Konsep Keluarga’, *Journal of Psikologi [Preprint]*, (9).
- Gülçek, E. (2022) ‘Family health nursing: A Recent Review’, *MAS Journal Of Applied Sciences*, 7(11), pp. 88–95. Available at: <https://doi.org/10.52520/masjaps.208>.
- Guo, L., Tian, L., & Scott Huebner, E. (2018). Family dysfunction and anxiety in adolescents: A moderated mediation model of self-esteem and perceived school stress. *Journal of School Psychology*, 69, 16–27. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.04.002>

- Gupta, A. and Kashyap, S. (2020) 'Growing up in a Single Parent Family; A Determining factor of Adolescent's Well-being', *Advanced Journal of Social Science*, 7(1), pp. 138–144. Available at: <https://doi.org/10.21467/ajss.7.1.138-144>.
- Gustafsson, H., Sagar, S. S., & Stenling, A. (2017). Fear of failure, psychological stress, and burnout among adolescent athletes competing in high level sport. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 27(12), 2091–2102. <https://doi.org/10.1111/sms.12797>
- Harmili, & Hatuwe, E. (2021). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Komunitas*. Penerbit NEM.
- Hartmann Júnior, J. A. S., (2018). Hopelessness in the elderly: A systematic review. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, 3(4). <https://doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00132>
- Hasanah, A. (2019). perbedaan perkembangan moral anak laki-laki dan anak perempuan pada uSia Sekolah daSar (analiSiS pSikologi perkembangan). *Yinyang: Jurnal Studi Islam, Gender Dan Anak*, 14(2), 41. <https://doi.org/10.24090/yinyang.v14i2.2019.pp>
- Herawati, T. et al. (2020) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Fungsi Keluarga di Indonesia', *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen*, 13(3), pp. 213–227. Available at: <https://doi.org/10.24156/jikk.2020.13.3.213>.
- Husaini, W. (2017) *HUBUNGAN FUNGSI KELUARGA DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARTASURA*.
- Imelisa, R., CHt., CI., M. Ht., A. S. R., S. Kp M. PH, Wisnusakti, K., & Ayu, I. R. (2021). *KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA PSIKOSOSIAL*. EDU PUBLISHER.
- Jindal, V., Mittal, S., Kaur, T., Bansal, A. S., Kaur, P., Kaur, G., Sati, H. C., & Garg, A. (2020). Knowledge, anxiety and the use of hydroxychloroquine prophylaxis among health care students and professionals regarding COVID-19 pandemic. *Advances in Respiratory Medicine*, 88(6), 520–530. <https://doi.org/10.5603/ARM.a2020.0163>
- Jones, D. M. (2014). *Functional & Dysfunctional Families: How the Family System Works*. Lulu Press, Inc.

- Kaakinen, J. R. et al. (2015) Family health care nursing, Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research. Available at: <http://www.sbm.ac.ir/uploads/FamilyHealthCare2010,Book.pdf>.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research: FA Davis.
- Kaakinen, J.R. et al. (2010) Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research. 4th Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kato, T. (2015). Frequently Used Coping Scales: A Meta-Analysis. Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 31(4), 315–323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Available at: <https://www.kemkes.go.id/article/view/17070700004/program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga.html> (Accessed: 12 June 2023).
- Kementerian Kesehatan RI. (2007). Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Strategi Komunikasi dalam Perubahan Perilaku dalam Pencegahan Covid-19. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Petunjuk Teknis Penyusunan dan Pelaksanaan Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Percepatan Pencegahan Stunting. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2021). Buku saku Penggunaan Media KIE. Jakarta : Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI
- Kesuma, S. I., Putri, I. M., Meliyani, R., Saputra, A. U., & Elviani, Y. (2023). KEPERAWATAN KELUARGA. Penerbit Adab.
- Kholifah, S. N. and Widagdo, W. (2016) Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Khotimah et al. (2022) Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Edited by R. Watrianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.

- Koten, E. H. B., Afriani, T., Dewi, S., Yatnikasari, A., & Novieastari, E. (2021). Optimalisasi Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan dengan Pendekatan SOAP di Rawat Jalan Anak: Pilot Study. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(1), 252-265.
- Krull, T., Leibing, E., Leichsenring, F., Pöhlmann, K., & Salzer, S. (2014). [The self-concept of patients with Social Anxiety Disorder: Manifestation and change through psychotherapy]. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 60(2), 162–176. <https://doi.org/10.13109/zptm.2014.60.2.162>
- Kumar, K. (2017) ‘The Blended Family Life Cycle’, *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(2), pp. 110–125. Available at: <https://doi.org/10.1080/10502556.2016.1268019>.
- Latifah, L. and Ritonga, I. (2022) ‘DIFFERENCE OF DIVORCE DETERMINATION IN INDONESIA: A STUDY SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW’, *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 11(02), pp. 223–235. Available at: <https://doi.org/10.20473/jbk.v11i02.2022.223-235>.
- Lestari, P. and Pratiwi, P.H. (2018) ‘Perubahan dalam Struktur Keluarga’, *Jurnal Dimensia*, 7(1), pp. 23–44.
- Liu, L., Chen, J., Liang, S., Yang, W., Peng, X., Cai, C., Huang, A., Wang, X., & Zhao, J. (2023). Impact of family functioning on mental health problems of college students in China during COVID-19 pandemic and moderating role of coping style: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 244. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04717-9>
- Liu, Z., Xiang, J., Luo, F., Hu, X., & Luo, P. (2022). The Study of Maslow’s Hierarchy of Needs Theory in the Doctor-Nurse Integration Teaching Method on Clinical Interns. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022, 6388068. <https://doi.org/10.1155/2022/6388068>
- Looman, W.S. (2020) ‘Teaching Systems Thinking for Advanced Family Nursing Practice: A Theory-Based Tool’, *Journal of Family Nursing*, 26(1), pp. 5–14. Available at: <https://doi.org/10.1177/1074840719891439>.
- Low, Y. S., Bhar, S., & Chen, W. S. (2022). Exploring the relationship between co-worker and supervisor support, self- confidence, coping skills and

- burnout in residential aged care staff. *BMC Nursing*, 21(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00901-6>
- Lucchetti, G., Koenig, H. G., & Lucchetti, A. L. G. (2021). Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World Journal of Clinical Cases*, 9(26), 7620–7631. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>
- Luttik, M.L. (2020) 'Family Nursing: The family as the unit of research and care', *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(8), pp. 660–662. Available at: <https://doi.org/10.1177/1474515120959877>.
- Manalu, N.V. et al. (2021) *Keperawatan Profesional*. Edited by A. Karim. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Maulina, R.D. and Amalia, S. (2019) 'Keberfungsian Keluarga Bagi Penyesuaian Sosial Mahasiswa Baru', *Jurnal Psikologi*, 15(1).
- Mawarpury, M., Maulana, H., Khairani, M., & Fourianalistyawati, E. (2022). *Buku Seri Kesehatan Mental Indonesia: Kesehatan Mental di Indonesia Saat Pandemi*. Syiah Kuala University Press.
- McLoughlin, E., Fletcher, D., Slavich, G. M., Arnold, R., & Moore, L. J. (2021). Cumulative lifetime stress exposure, depression, anxiety, and well-being in elite athletes: A mixed-method study. *Psychology of Sport and Exercise*, 52, 101823. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101823>
- Miller-Ott, A.E. (2017) 'Developing and Maintaining Foster Family Identity Through Foster Parents' Identity Work', *Journal of Family Communication*, 17(3), pp. 208–222. Available at: <https://doi.org/10.1080/15267431.2017.1293061>.
- Miranda, M., Molla, E. and Tadros, E. (2019) 'Implications of Foster Care on Attachment: A Literature Review', *The Family Journal*, 27(4), pp. 394–403. Available at: <https://doi.org/10.1177/1066480719833407>.
- Muhith, A., & Siyoto, S. (2016). Pengaruh Pola Makan dan Merokok Terhadap Kejadian Gastritis pada Lansia. *Jurnal Keperawatan*, 9(3), 136-139.
- Munir, S., & Takov, V. (2023). Generalized Anxiety Disorder. In StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>
- Nahlen Bose, C., Bjorling, G., Elfstrom, M. L., Persson, H., & Saboonchi, F. (2015). Assessment of Coping Strategies and Their Associations With

- Health Related Quality of Life in Patients With Chronic Heart Failure: The Brief COPE Restructured. *Cardiology Research*, 6(2), 239–248. <https://doi.org/10.14740/cr385w>
- Napitupulu, E. L. (2022). Anak Usia Sekolah Alami Banyak Masalah Kesehatan dan Gizi. <https://www.kompas.id/baca/humaniora/2022/11/08/anak-usia-sekolah-mengalami-masih-banyak-alami-kesehatan-dan-gizi>.
- Nelson, H. D., Cantor, A., Pappas, M., & Weeks, C. (2020). Screening for Anxiety in Adolescent and Adult Women: A Systematic Review for the Women's Preventive Services Initiative. *Annals of Internal Medicine*, 173(1), 29–41. <https://doi.org/10.7326/M20-0579>
- Neylan, E. et al. (2021) 'Collaborative Practice and Teaching in Perinatal Care: Certified Nurse-Midwives as Educators of Medical Residents', *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(1), pp. 62–69. Available at: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13188>.
- Ni Luh,Nani, Dewi. (2012). Pendidikan Kesehatan Keluarga efektif Meningkatkan Kemampuan Ibu dalam Merawat Anak Diare. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. Vol 15. No 3.
- Nies dan Ewen. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Edisi Pertama Indonesia. Singapore: Elsevier.
- Nies, M. A. lMcEwen, & Anef, M. M., PhD RN CNE. (2018). *Community and Family Health Nursing—1st Indonesian Edition*. Elsevier Health Sciences.
- Nies, M.A & McEwen, M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Edisi Indonesia 1. Oleh Juniati Sahar, Agus Setiawan, & Ni Made Riasmini. Elsevier Singapore.
- Nies, M.A. and Mcewen, M. (2015) *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. Missouri: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
- Nurfantri, Ernawati, Ahmadi, Pelawi, A. M. P., Simanjuntak, F. M., Siantar, R. L., Mawardi, E. A., Siregar, R., Aritonang, T. R., Nurvitriana, N. C., Widjayanti, Y., Deniati, K., Nisa, H., Meliyana, E., & Indrawati, L. (2022). *Keperawatan Dasar*. Rena Cipta Mandiri.

- Nuriyanto, A. (2020). Aplikasi keperawatan profesional di puskesmas. CV Kekata Group.
- O'Connor, S., Brenner, M. and Coyne, I. (2019) 'Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis', *Journal of Clinical Nursing*, 28(17–18), pp. 3353–3367. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.14913>.
- Paramitha, D. S., (2022). Meraih mimpi merajut cita-cita, i become a great nurse. Yayasan Wiyata Bestari Samasta.
- Perry, C. and Fraser, R. (2020) 'A Qualitative Analysis of New Norms on Transition Days in Blended Families', *Sociology Mind*, 10(02), pp. 55–69. Available at: <https://doi.org/10.4236/sm.2020.102005>.
- Piel, M.H. et al. (2017) 'An ecological systems approach to understanding social support in foster family resilience: Ecological support in fostering', *Child & Family Social Work*, 22(2), pp. 1034–1043. Available at: <https://doi.org/10.1111/cfs.12323>.
- Portugal, A.P.M. and Alberto, I.M.M. (2019) 'Parent–Child Communicational Characteristics: A Comparison Study between Subjects from Post-Divorce and Intact Nuclear Families', *Journal of Divorce & Remarriage*, 60(7), pp. 566–582. Available at: <https://doi.org/10.1080/10502556.2019.1627163>.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan*. Vol.1 edisi Indonesia. Editor Enie Novieastari dkk. Elsevier. Singapore.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: EGC.
- PPNI. (2019a). D.0080 Ansietas – SDKI – Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. <https://snars.web.id/sdki/d-0080-ansietas/>
- PPNI. (2019b). D.0088 Keputusan – SDKI – Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. <https://snars.web.id/sdki/d-0088-keputusan/>

- PPNI. (2019c). L.09088-Status Koping Keluarga – SLKI – Standart Luaran Keperawatan Indonesia. <https://snars.web.id/slki/l-09088-status-koping-keluarga/>
- PPNI. (2019d). L.09093-Tingkat Ansietas – SLKI – Standart Luaran Keperawatan Indonesia. <https://snars.web.id/slki/l-09093-tingkat-ansietas/>
- PPNI. (2019e, September 28). D.0096 Koping Tidak Efektif – SDKI – Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. <https://snars.web.id/sdki/d-0096-koping-tidak-efektif/>
- Pratama, Denny & Sari, Y. P. (2021). Karakteristik Perkembangan Remaja. Edukasimu.Org, 1(3), 1–9.
- Pratiwi, A. (2023). KONSEP KEPERAWATAN Jiwa. Muhammadiyah University Press.
- Purnawinadi, G., Danes, V.R. and Kandou, G.D. (2016) ‘Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi Primer Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Torue Kabupaten Parigi Moutong’, Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsrat (JIKMU), 6(2).
- Purnawinadi, I.G. and Kumayas, J.E.G. (2019) ‘Pengetahuan Dan Sikap Sebagai Predisposisi Perilaku Merokok Pada Komunitas Vaper’, Nutrix Journal, 3(2), pp. 31–37. Available at: <https://doi.org/10.37771/NJ.VOL3.ISS2.398>.
- Purnawinadi, I.G. and Ludji, D.D. (2019) ‘Pengetahuan Sebagai Predisposisi Perilaku Keselamatan Dan Kesehatan Kerja’, Jurnal Skolastik Keperawatan, 5(2), pp. 107–115. Available at: <https://doi.org/10.35974/jsk.v5i2.879>.
- Purnawinadi, I.G. and Pontoh, R.J. (2021) ‘Determinan Hipertensi Primer Pada masyarakat Non-Advent’, Nutrix Journal, 5(1), pp. 39–47. Available at: <https://doi.org/10.37771/NJ.VOL5.ISS1.538>.
- Qypi, K. (2017) ‘THE IMPACT OF THE NUCLEAR FAMILY IN THE ESTABLISHMENT OF GENDER ROLES IN CHILDREN BETWEEN 3 AND 7 YEARS AGE’, European journal of social sciences [Preprint]. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/THE-IMPACT-OF-THE-NUCLEAR-FAMILY-IN-THE-OF-GENDER-3->

- Qypi/0f9aa3acaed48397f253e24ac3f61860ce57ce5c (Accessed: 22 June 2023).
- Rahmadani, P. et al. (2023) Pengantar Surveilans Kesehatan Masyarakat. Edited by M.J.F. Sirait. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Ramkisson, S., Pillay, B. J., & Sibanda, W. (2017). Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1), e1–e8. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1405>
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N., Ria, R., & Handayani, T. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, Dan Komunitas Dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC Dan NIC Di Puskesmas Dan Masyarakat. IPKKI: Jakarta. Halaman, 33-52.
- Riskesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar.
- Rofli, M. (2021) ‘Teori dan Falsafah Keperawatan’, Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents, 5(2), pp. 40–51.
- Roohafza, H. R., Afshar, H., Keshteli, A. H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., & Adibi, P. (2014). What’s the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(10), 944–949.
- Rosdahl, C. B & Kowalski, M. (2019). Buku Ajar Keperawatan Dasar. Alih bahasa Dwi Widiarti, Wuri Praptiani, Mia Mulyaningrum. EGC. Jakarta
- Rulino, L. (2022a, July 5). Ansietas [SDKI D.0080]. Perawat.Org. <https://perawat.org/ansietas/>
- Rulino, L. (2022b, July 14). Keputusan [SDKI D.0088]. Perawat.Org. <https://perawat.org/keputusan/>
- Rulino, L. (2022c, July 26). Koping Tidak Efektif [SDKI D.0096]. Perawat.Org. <https://perawat.org/koping-tidak-efektif/>
- Ryandini, T. P. (2018). Pengembangan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi pada Pasien Diabetes Mellitus. Universitas Airlangga.
- Sabani, F. (2019). Perkembangan Anak - Anak Selama Masa Sekolah Dasar (6 - 7 Tahun). *Didakta: Jurnal Kependidikan*, 8(2), 89–100.

- Sah, P. (2017). Fear, Anxiety, and the Amygdala. *Neuron*, 96(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.09.013>
- Salamung, N. et al. (2021) *KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING)*. Edited by Risnawati. Pamekasan: Duta media Publishing.
- Saravanan, C., Mahmoud, I., Elshami, W., & Taha, M. H. (2020). Knowledge, Anxiety, Fear, and Psychological Distress About COVID-19 Among University Students in the United Arab Emirates. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 582189. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.582189>
- Sari, M.H.N. et al. (2021) *Dasar-Dasar Epidemiologi*. Edited by R. Watrianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Seaback, W. W. (2012). *Nursing Process: Concepts and Applications*.
- Sear, R. (2021) ‘The male breadwinner nuclear family is not the “traditional” human family, and promotion of this myth may have adverse health consequences’, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 376(1827), p. rsth.2020.0020, 20200020. Available at: <https://doi.org/10.1098/rsth.2020.0020>.
- Setiadi, A. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan: Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Shajan, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*: FA Davis.
- Shakil, M., Ashraf, F., Muazzam, A., Amjad, M., & Javed, S. (2022). Work status, death anxiety and psychological distress during COVID-19 pandemic: Implications of the terror management theory. *Death Studies*, 46(5), 1100–1105. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1865479>
- Shank, F.A., Petrarca, K. and Barry, C. (2019) ‘Child Outcomes of Having a Parent with an AUD’.
- Sinaga, R.R. et al. (2022) *Dasar-Dasar Keperawatan Komunitas*. Edited by M.J.F. Sirait. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sinha, A. and McRoy, R.G. (2020) ‘Increasing School Success for Children in Foster Care and Other Residential Placements’, in Sinha, A. and McRoy, R. G., *Encyclopedia of Social Work*. NASW Press and Oxford University Press. Available at: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1225>.

- Stein, L. and Hollen, C. . (2021) *Concept-Based Clinical Nursing Skills E-Book: Fundamental to Advanced*. St.Louis, Missouri: Elsevier Inc.
- Stones, S. (2020a) *Family nursing – why and what is it?*, International Family Nursing Association (IFNA) - UK and Ireland Chapter. Available at: <https://ifnaukandireland.org/family-nursing-why-and-what-is-it/> (Accessed: 24 May 2023).
- Stones, S. (2020b) *Family nursing: why and what is it?*, International Family Nursing Association (IFNA). Available at: <https://ifnaukandireland.org/family-nursing-why-and-what-is-it/> (Accessed: 11 June 2023).
- Stuart, G. W. (2021). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa* Stuart, edisi Indonesia 11. Elsevier Health Sciences.
- Sulistyoningsih, H. (2012). *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Edisi pertama. Cetakan pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Trans Info Media. Jakarta.
- Susanto, T. (2021) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
- Susanto, W.H.A. et al. (2022) ‘Struktur dan Fungsi Keluarga’, in N. Sulung and R.M. Sahara (eds) *Ilmu Keperawatan dan Komunitas Keluarga*. 1st edn. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*, 328(24), 2431–2445. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Tendean, A. F. (2020). STRESS AND COPING MECHANISM AMONG PROFESI NERS STUDENTS UNIVERSITAS KLABAT. *Nutrix Journal*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.37771/nj.Vol4.Iss1.424>
- Tria, Fauza, Inne dan Zahrofa. (2021). *The Effect of Nutrition and Reproductive Health Education of Pregnant Women in Indonesia using Quasi Experimental Study*. Springer: BMC Pregnancy and Childbirth.
- United Nation (2022) *World Population Prospects - Population Division - United Nations*. Available at: <https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/900> (Accessed: 22 June 2023).

- Usakli, H. (2018) 'Behavioral tendencies of single parent students', *International Journal of Science Annals*, 1(1–2), pp. 21–27. Available at: <https://doi.org/10.26697/ijsa.2018.1-2.03>.
- Vasileva, M. and Petermann, F. (2017) 'Posttraumatic Stress Symptoms in Preschool Children in Foster Care: The Influence of Placement and Foster Family Environment: PTSS in Preschool Children in Foster Care', *Journal of Traumatic Stress*, 30(5), pp. 472–481. Available at: <https://doi.org/10.1002/jts.22217>.
- Vogt, K.C. (2020) 'The extended family in transitions to adulthood: a dynamic approach', *Journal of Youth Studies*, 23(9), pp. 1234–1248. Available at: <https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1663799>.
- Wadsworth, M. E. (2015). Development of Maladaptive Coping: A Functional Adaptation to Chronic, Uncontrollable Stress. *Child Development Perspectives*, 9(2), 96–100. <https://doi.org/10.1111/cdep.12112>
- Wahyuni, T., Parliani, & Hayati, D. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*: CV. Jejak.
- Weinraub, M. and Kaufman, R. (2018) '8 SINGLE PARENTHOOD', in.
- Wikipedia (2023) 'Nuclear family', Wikipedia. Available at: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Nuclear_family&oldid=1156641630 (Accessed: 20 June 2023).
- Williams, P. and O'Neill, P. A. (2018a) *DeWit's fundamental concepts and skills for nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Williams, P. and O'Neill, P. A. (2018b) *Fundamental Concepts and Skills for Nursing*. St.Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Wood, S.J. (2015) 'Rearranging the Puzzle: Working Systemically with Stepfamilies when Parents Re-partner', *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(2), pp. 245–257. Available at: <https://doi.org/10.1002/anzf.1106>.
- Wulandari, A. (2014). Karakteristik Pertumbuhan Perkembangan Remaja dan Implikasinya Terhadap Masalah Kesehatan dan Keperawatannya. *Jurnal Keperawatan Anak*, 2, 39–43. <https://Tim Pokja SDKI PPNI>. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Dewan Pengurus Pusat PPNI

- Wyszomirska, J., Bąk-Sosnowska, M., & Daniel-Sielańczyk, A. (2023). Anxious and Angry: Early Emotional Adaptation of Medical Students in a Situational Crisis on the Example of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1847. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031847>
- Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., & Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, 97(35), e11948. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011948>
- Yatmini (2011) 'Hubungan Antara Struktur Keluarga, Kemampuan Ekonomi dan Tingkat Perhatian Orang Tua terhadap Prestasi Belajar Siswa SD Ujung-ujung 02 Kecamatan Pabelan Kabupaten Semarang', *Scholaria J*, 1(2).
- Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis Dan Komunitas*. Deepublish.
- Zaini, M. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan*. CV Literasi Nusantara Abadi.
- Zhang, C., Shi, L., Tian, T., Zhou, Z., Peng, X., Shen, Y., Li, Y., & Ou, J. (2022). Associations Between Academic Stress and Depressive Symptoms Mediated by Anxiety Symptoms and Hopelessness Among Chinese College Students. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 547–556. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S353778>
- Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., & Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry Research*, 285, 112705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>

Biodata Penulis



I Gede Purnawinadi lahir pada tanggal 1 Desember tahun 1987 di Desa torue, Kecamatan Torue, Kabupaten Parigi-Moutong, Provinsi Sulawesi Tengah. Penulis merupakan lulusan dari Sekolah Menengah Umum (SMU) Advent Palu, kemudian menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2010 di Universitas Klabat Airmadidi Manado. Penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang magister dan telah menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan bidang minat Epidemiologi pada tahun 2016 di Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat melalui program Beasiswa Pendidikan Pascasarjana Dalam Negeri (BPPDN) dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Republik Indonesia. Pendidikan Profesi Ners peneliti selesaikan pada tahun 2018 di Universitas Klabat. Penulis bekerja sebagai dosen tetap dan menjabat sebagai Ketua Komite Penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Klabat sampai saat ini. Penulis telah menulis beberapa buku terkait bidang keperawatan dan kesehatan masyarakat. Penulis aktif sebagai peneliti dalam bidang keperawatan kesehatan komunitas, epidemiologi dan biostatistik. Penulis juga menjadi editor dan reviewer di beberapa jurnal nasional maupun internasional.



Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom adalah dosen tetap STIKes Fatmawati, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2000), Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2013), dan Pendidikan Program Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014). Saat ini menjabat sebagai Wakil

Ketua Bidang Akademik STIKes Fatmawati. Selain mengajar, aktif pula dalam melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan menghasilkan beberapa karya yang memperoleh HAKI.



Nova Gerungan lahir di Tomohon pada tanggal 22 Februari 1981. Ia meraih gelar sarjana dari Universitas Advent Indonesia, Bandung, Indonesia pada tahun 2004, dan gelar Master pada tahun 2014 di bidang keperawatan anak dari STIKES Jenderal Achmad Yani, Cimahi, Indonesia. Saat ini, Nova merupakan salah satu tenaga pengajar di Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Manado, Indonesia.



Lahir di Manado, Sulawesi Utara. Merupakan anak ke dua dari dua bersaudara, Menyelesaikan pendidikan sarjana di Adventist University of the Philippines pada tahun 2007, dan kembali melanjutkan pendidikan magister di Universitas Indonesia tahun 2013.

Saat ini aktif berprofesi sebagai dosen tetap di Universitas Klabat sejak tahun 2008. Aktif juga dalam organisasi profesi keperawatan. Tersertifikasi sebagai tenaga pengajar dan juga bersertifikasi K3 (Keselamatan & Kesehatan Kerja). Memiliki fokus dalam penelitian dengan topik peminatan Mental Health Nursing, Konsep Dasar Keperawatan, Fundamental dalam Keperawatan.



Ellen Padaunan lahir di Makale, pada 30 November 1973. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Hasanuddin.. Wanita yang kerap disapa Ellen ini adalah anak dari pasangan Y.G. Padaunan (ayah) dan Maria S. Salebu (ibu). Saat ini Ellen anktif sebagai dosen disalah satu universitas swasta di Manado, yaitu Universitas Klabat di Fakultas Keperawatan. Ellen saat ini aktif dalam organisasi PPNI.



Ns. Dely Maria P, MKep., Sp.Kep.Kom lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekes Cirebon (tahun 2000) kemudian Ners di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015). Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun 2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 –

Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Aktif sebagai pengurus IPKKI DKI Jakarta. Penulis juga aktif menulis buku buku keperawatan.



Ressa Andriyani Utami Lahir di Sumedang, pada 3 Februari 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Padjajaran, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Penulis sudah menjadi dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada sejak tahun 2012. Penulis aktif melakukan tridharma penelitian yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Sebelumnya penulis

pernah menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada

Masyarakat (2016-2018), Ketua Program Studi S1 Administrasi Kesehatan (2018-2020). Saat ini Ressa menjabat sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes RS Husada (2020-sekarang). Pada 2018 lalu, penulis berhasil meraih Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristekdikti RI dan pada tahun 2022 mendapat Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemdikbud RI.



Ns. IGA Dewi Purnamawati, SKp, MKep, Sp. Kep. An. lahir di Bali, 16 Maret 1976. Telah menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Universitas MH Tamrin Jakarta Timur pada tahun 1996. Pendidikan Sarjana

Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok pada Tahun 2000. Pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok pada Tahun 2011 serta telah menyelesaikan Pendidikan Spesialis Keperawatan Anak di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok pada Tahun 2014. Sejak tahun 2000 sampai saat ini sebagai Dosen pada Departemen Keperawatan Anak di Akademi Keperawatan Pasar Rebo Jakarta. Penulis telah mengikuti berbagai workshop, seminar dan pelatihan sesuai bidang keilmuannya dan aktif dalam organisasi sebagai pengurus di bidang diklat Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia Wilayah (AIPVIKI Reg 3) DKI Jakarta.



Angelia Friska Tendean lahir di Manado, pada 28 Maret 1991. Ia tercatat sebagai lulusan terbaik prodi magister keperawatan peminatan komunitas dari Universitas Muhamamdiyah Yogyakarta. Wanita yang kerap disapa Angel ini adalah anak dari pasangan Djonni Tendean (ayah) dan Ansye Montolalu (ibu). Saat ini Angel aktif sebagai dosen di salah satu universitas swasta di Manado yaitu Universitas Klabat di Fakultas Keperawatan. Angel saat ini juga aktif dalam organisasi PPNI sebagai bendahara di DPK PPNI UNKLAB.



Theresia Febriana Christi Tyas Utami, M.Tr.Kep, lahir di Klaten, Jawa Tengah pada 2 Februari 1991. Pendidikan penulis di dunia keperawatan dimulai dari DIII Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Surakarta, melanjutkan studi DIV Keperawatan di kampus yang sama, kemudian studi S2 Terapan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang dan tercatat sebagai lulusan terbaik. Saat ini penulis bertugas sebagai dosen di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura, Provinsi Papua.

KEPERAWATAN KELUARGA

Diharapkan dengan adanya buku tentang keperawatan keluarga ini dapat memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, baik pelayanan primer maupun sekunder dan tersier. Munculnya berbagai masalah kesehatan di masyarakat memaksa perawat untuk mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan dengan pendekatan yang berbeda-beda, termasuk keperawatan keluarga, dimana keluarga sebagai satu unit terkecil dalam masyarakat dan selalu membaca referensi yang terkini, rujukan berbasis bukti untuk memungkinkan perawat memberikan layanan profesional dalam perawatan komunitas dan keluarga.

Secara komprehensif buku “Keperawatan Keluarga” ini disusun dalam beberapa bab yaitu:

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

Bab 2 Fokus, Evolusi, Dan Tujuan Keperawatan Keluarga

Bab 3 Tipe-Tipe Keluarga

Bab 4 Struktur Peran Dan Fungsi Keluarga

Bab 5 Peran Dan Fungsi Perawat Dalam Keperawatan Keluarga

Bab 6 Komunikasi Dan Edukasi Dalam Keperawatan Keluarga

Bab 7 Etika Dalam Keperawatan Keluarga

Bab 8 Proses Keperawatan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah Dan Remaja

Bab 9 Proses Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Psikososial

Bab 10 Evaluasi Dan Tindak Lanjut Dalam Keperawatan Keluarga



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-888-0

