



PENGANTAR KEPERAWATAN KELUARGA



Lenny Erida Silalahi • Dian Yuniar Syanti Rahayu
Karina Megasari Winahyu • Siti Utami Dewi • Jeni Rante Tasik
Yulta Kadang • Rosita • Santa Maria Pangaribuan
MK. Fitriani Fruitasari • Tiurlan Mariasima Doloksaribu
Hera Hastuti • Mustar • Martalina Limbong • Vernando Yanry Lameky

PENGANTAR 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 Perfilman dan 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).

Pengantar Keperawatan Keluarga

Lenny Erida Silalahi, Dian Yuniar Syanti Rahayu
Karina Megasari Winahyu, Siti Utami Dewi, Jeni Rante Tasik
Yulta Kadang, Rosita, Santa Maria Pangaribuan
MK. Fitriani Fruitasari, Tiurlan Mariasima Doloksaribu
Hera Hastuti, Mustar, Martalina Limbong, Vernando Yanry Lameky



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pengantar Keperawatan Keluarga

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Lenny Erida Silalahi, Dian Yuniar Syanti Rahayu

Karina Megasari Winahyu, Siti Utami Dewi, Jeni Rante Tasik

Yulta Kadang, Rosita, Santa Maria Pangaribuan

MK. Fitriani Fruitasari, Tiurlan Mariasima Doloksaribu

Hera Hastuti, Mustar, Martalina Limbong, Vernando Yanry Lameky

Editor: Ronal Watrianthos

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

Lenny Erida Silalahi., dkk.

Pengantar Keperawatan Keluarga

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 190 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-471-4

Cetakan 1, Mei 2022

I. Pengantar 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 Syukur bagi Allah Tuhan semesta alam, atas rahmat dan hidayah Nya kami akhirnya dapat menyelesaikan buku “Pengantar Keperawatan Keluarga” dengan baik. Buku ini disusun atas Kerjasama dan kolaborasi dosen dari berbagai institusi perguruan tinggi di Indonesia.

Buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu buku acuan bagi dosen atau tenaga pengajar, calon perawat dan praktisi pelayanan Kesehatan dalam mengenal tentang Konsep keperawatan keluarga, konsep keluarga sejahtera, format keperawatan keluarga, model konsep keperawatan keluarga, struktur keluarga, stress dan coping keluarga, konsep manajemen sumber daya, proses keperawatan pada balita sakit dan ibu hamil, anak remaja, anak sekolah dan lansia, Tindakan keperawatan keluarga mustar,tren dan isu serta promosi Kesehatan.

Secara lengkap buku ini membahas :

Bab 1 Konsep Keperawatan Keluarga

Bab 2 Konsep Keluarga Sejahtera

Bab 3 Format Keperawatan Keluarga

Bab 4 Model Konsep Keperawatan Keluarga

Bab 5 Struktur Keluarga

Bab 6 Fungsi Keluarga

Bab 7 Stres dan Kopling Keluarga

Bab 8 Konsep Manajemen Sumber Daya Keluarga

Bab 9 Proses Keperawatan Keluarga Pada Balita Sakit dan Ibu Hamil

Bab 10 Proses Keperawatan Keluarga Pada Anak Sekolah dan Anak

Remaja

Bab 11 Proses Keperawatan Keluarga Pada Lansia

Bab 12 Tindakan Keperawatan Keluarga

Bab 13 Tren dan Isu Pada Keperawatan Keluarga

Bab 14 Promosi Kesehatan Keluarga

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan buku ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan keberkahan untuk seluruh tim yang terlibat.

Sebagai manusia biasa, buku ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu kami selalu membuka diri untuk menerima berbagai masukan, kritik dan saran agar buku ini lebih baik lagi.

Besar harapan kami, semoga buku ini mampu memberikan kemanfaatan bagi ilmu keperawatan.

Tim Penulis
Ns. Lenny Erida Silalahi, S. Kep., M. Kep

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii
Bab 1 Konsep Keperawatan Keluarga	
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi Keperawatan Keluarga	2
1.3 Peran dan Fungsi Keluarga	5
Bab 2 Konsep Keluarga Sejahtera	
2.1 Pendahuluan.....	7
2.2 Konsep Keluarga Sejahtera.....	8
2.3 Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera.....	11
Bab 3 Format Keperawatan Keluarga	
3.1 Pendahuluan.....	17
3.2 Format Pengkajian Keperawatan Keluarga.....	19
3.3 Format Pengkajian Khusus	23
3.4 Aplikasi Pada Studi Kasus Keluarga	26
Bab 4 Model Konsep Keperawatan Keluarga	
4.1 Pendahuluan.....	29
4.2 Tujuan Teori dan Model Keperawatan	32
4.3 Model Konseptual dalam Keperawatan.....	34
4.3.1 Model Lingkungan Dari Florence Nightingale	34
4.3.2 Teori Imogene King Tentang Pencapaian Tujuan	37
4.3.3 Model Sister Callista Roy Tentang Adaptasi	38
4.3.4 Model Betty Neuman Tentang Sistem Kesehatan	40
4.3.5 Model Dorothea E. Orem Tentang Perawatan Diri	41
4.3.6 Teori Martha E. Rogers Tentang Manusia Seutuhnya	44
4.3.7 Teori Jean Watson Tentang Transpersonal Caring	46

Bab 5 Struktur Keluarga

5.1 Pendahuluan	49
5.2 Definisi Keluarga dan Struktur Keluarga	50

Bab 6 Fungsi Keluarga

6.1 Pendahuluan	59
6.2 Fungsi Keluarga	60
6.2.1 Fungsi Keluarga Menurut Para Ahli	60
6.2.2 Pengukuran Fungsi Keluarga.....	66

Bab 7 Stres dan Koping Keluarga

7.1 Pendahuluan.....	69
7.2 Stresor Keluarga	71
7.2.1 Reaksi Terhadap Stres.....	72
7.2.2 Krisis Keluarga	73
7.3 Koping Keluarga	75
7.3.1 Strategi Koping Keluarga Internal.....	76
7.3.2 Strategi Koping Keluarga Eksternal.....	80

Bab 8 Konsep Manajemen Sumber Daya Keluarga

8.1 Pendahuluan	83
8.2 Pengelolaan Sumber Daya Keluarga	86

Bab 9 Proses Keperawatan Keluarga Pada Balita Sakit dan Ibu Hamil

9.1 Pendahuluan.....	91
9.2 Konsep Anak Balita	92
9.2.1 Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Balita	94
9.2.2 Proses Keperawatan Keluarga pada Balita Sakit	96
9.3 Konsep Ibu Hamil	99
9.3.1 Konsep Kehamilan Risiko Tinggi.....	99
9.3.2 Proses Keperawatan Keluarga Dengan Ibu Hamil Risiko Tinggi .	100

Bab 10 Proses Keperawatan Keluarga Pada Anak Sekolah dan Anak Remaja

10.1 Pendahuluan.....	105
10.2 Konsep Keperawatan Keluarga.....	110
10.2.1 Keluarga Dengan Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah....	110
10.2.2 Keluarga Dengan Anak Remaja (Families With Teenagers)....	113

Bab 11 Proses Keperawatan Keluarga Pada Lansia

11.1 Pendahuluan.....	123
11.2 Konsep Lansia	125
11.3 Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia	126
11.3.1 Diagnosa Keperawatan Keluarga dan Skoring	135
11.3.2 Perencanaan Keperawatan	136
11.3.3 Implementasi dan Evaluasi	138

Bab 12 Tindakan Keperawatan Keluarga

12.1 Pendahuluan.....	139
12.2 Peran Perawat Dalam Tindakan Keperawatan Keluarga	141
12.3 Tahap Tindakan Keperawatan Keluarga	145
12.4 Dokumentasi Tindakan Keperawatan Keluarga	149

Bab 13 Tren dan Isu Pada Keperawatan Keluarga

13.1 Pendahuluan.....	151
13.2 Beberapa Trend dan Isu Dalam Keperawatan Keluarga	152
13.3 Isu Terbaru Dalam Keperawatan Keluarga.....	155
13.3.1 Isu Praktik	155
13.3.2 Pendidikan.....	158
13.3.3 Isu Penelitian	158
13.3.4 Isu kebijakan	159
13.4 Permasalahan Trend Dan Isu Keperawatan	160

Bab 14 Promosi Kesehatan Keluarga

14.1 Pendahuluan.....	163
14.2 Intervensi Keperawatan Keluarga Untuk Promosi Kesehatan Keluarga.....	166
14.3 Sasaran Promosi Kesehatan.....	170

Daftar Pustaka	173
Biodata Penulis	183

Daftar Gambar

Gambar 3.1: Genogram.....	20
Gambar 3.2: Ecomap Keluarga	22
Gambar 3.3: Echomap.....	27
Gambar 14.1: Model Promosi Kesehatan Keluarga	165
Gambar 14.2: Model Keluarga yang Mempromosikan Kesehatan	165

Daftar Tabel

Tabel 3.1: Data Umum Keluarga	19
Tabel 3.2: Pengkajian Lingkungan Rumah dan Komunitas.....	23
Tabel 3.3: Format Pengkajian APGAR Keluarga.....	23
Tabel 3.4: Format Pengkajian Dukungan Sosial yang Dirasakan.....	25
Tabel 7.1: Skala Penyesuaian Diri.....	74
Tabel 10.1: Delapan Tahap Siklus Kehidupan Keluarga.....	107
Tabel 10.2: IV Siklus Kehidupan Keluarga Inti Dengan Dua Orang tua dan Tugas-Tugas Perkembangan Keluarga Yang Bersamaan.....	112
Tabel 10.3: Tahap V Siklus Kehidupan Keluarga Inti Dengan Dua Orang Tua dan Tugas-Tugas Perkembangan Keluarga yang Bersamaan ..	114
Tabel 12.1: Dokumentasi Tindakan Keperawatan.....	149

Bab 1

Konsep Keperawatan Keluarga

1.1 Pendahuluan

Aspek penting dalam keperawatan adalah keluarga. Di mana keluarga memegang peran penting dalam kehidupan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga. Keluarga merupakan unit terkecil di dalam masyarakat yang menjadi klien dalam pemberian asuhan keperawatan.

Keluarga menempati posisi di antara individu dan masyarakat, sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapatkan keuntungan dalam memenuhi kebutuhan individu dan keluarga serta memenuhi kebutuhan masyarakat. Pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus mampu memperhatikan nilai-nilai yang dianut, serta budaya dan berbagai aspek yang terkait dengan apa yang diyakini dalam keluarga tersebut sehingga keluarga dapat menerima.

Keluarga Fokus Sentral Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan di masyarakat berfokus pada keluarga di mana keberhasilan keperawatan akan menjadi sia-sia jika perawatan tidak dilakukan dengan baik. Secara empiris bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga sangat berhubungan. Perbedaan dalam satu keluarga dengan keluarga lainnya akan memengaruhi kestabilan komunitas terutama dalam hal kesehatan yang kaitannya dengan tahap perkembangan keluarga.

Hal ini sangat perlu menjadi bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan untuk mempertahankan kondisi keluarga sehat baik jasmani maupun rohani.

Keluarga Sebagai Klien atau Unit Pelayanan Perawat

Alasan utama keluarga merupakan unit atau kesatuan yang penting di masyarakat (Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, 2014):

1. Keluarga sebagai kelompok dapat menimbulkan, mencegah atau mengabaikan dan memperbaiki masalah-masalah kesehatan yang ada dalam kelompoknya.
2. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan.
3. Dalam memelihara klien sebagai individu, keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam pemeliharaannya.
4. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.

1.2 Definisi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga merupakan pelayanan yang bersifat holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan serta melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan memobilisasi sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari profesi lain, termasuk dalam pemberian pelayanan kesehatan dan sektor lain dalam komunitas (Depkes RI, 2010).

Kesehatan keluarga sangat berkaitan erat dengan satu sama lain dengan anggota keluarga. Di mana hubungan yang erat berfungsi untuk melihat seberapa baik keluarga sebagai satu kesatuan dengan anggota keluarga lainnya. Hal ini juga dapat terlihat seberapa baik keluarga berhubungan di dalam lingkungan masyarakat. Kesehatan keluarga mengacu pada status kesehatan baik keadaan tertentu maupun, waktu tertentu.(Hanson, 2010).

Ini terkait dari keyakinan, pengetahuan, dan kebiasaan dalam pemeliharaan kesehatan.(Allender, J.A, Rector, C, & Warner, 2014).

Tujuan Keperawatan Keluarga.

Tujuan keperawatan keluarga yaitu meningkatkan kemampuan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan keluarga sehingga diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan keluarga yang lebih tinggi.(Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, 2014).

Tujuan keperawatan keluarga di bagi dua:

1. Tujuan umum

Keperawatan keluarga yaitu mengoptimalkan fungsi dalam kemandirian keluarga memelihara dan meningkatkan masalah kesehatannya.

2. Tujuan khusus

Keluarga mampu melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatan keluarga dan mampu dalam menangani masalah-masalah dalam kesehatan seperti:

- a. Mengenal masalah kesehatan yang dihadapi dalam anggota.
- b. Seperti contoh: Salah satu anggota keluarga menderita tekanan darah tinggi. Apakah keluarga mengerti tentang pengertian dan gejala tekanan darah tinggi yang diderita oleh anggota keluarganya ?
- c. Mengambil keputusan secara tepat dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga. Dengan cara memeriksakan anggota keluarga yang sakit tekanan darah tinggi ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- d. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.
- e. Memodifikasi lingkungan yang kondusif sehingga dapat mempertahankan kesehatan dan memelihara pertumbuhan serta perkembangan anggota keluarga baik secara kenyamanan lingkungan fisik maupun secara psikologis.
- f. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga yang mempunyai masalah dalam kesehatan.

Sasaran Pemberian Keperawatan Keluarga

1. Keluarga sehat

Keluarga sehat adalah seluruh anggota keluarga dalam kondisi tidak mempunyai masalah kesehatan, tetapi masih memerlukan antisipasi terkait dengan siklus perkembangan manusia dan tahapan tumbuh kembang keluarga. Fokus intervensi keperawatan terutama pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Keluarga risiko tinggi dan rawan kesehatan

Keluarga risiko tinggi dapat diartikan, jika anggota keluarga memerlukan perhatian khusus dan memiliki kebutuhan dalam menyesuaikan diri, terkait siklus perkembangan anggota keluarga dengan faktor risiko penurunan kesehatan.

3. Keluarga yang memerlukan tindak lanjut

Keluarga yang memerlukan tindak lanjut yaitu keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dan memerlukan tindak lanjut pelayanan keperawatan atau kesehatan. Seperti klien pasca hospitalisasi penyakit kronik, penyakit degeneratif dan tindakan pembedahan serta penyakit terminal.

Karakteristik praktik pelayanan keluarga:

1. pengenalan dan integrasi konsep keluarga;
2. aplikasikan perspektif secara luas;
3. fokus pada interaksi keluarga dan dinamika keluarga;
4. melibatkan anggota keluarga dalam asuhan, terutama dalam mengambil keputusan dan pemberian asuhan.

Faktor Peningkatan Perkembangan Keperawatan Keluarga

1. Bertambahnya pengenalan dalam keperawatan dan masyarakat terhadap kebutuhan kesehatan.
2. Peningkatan jumlah populasi lansia dan pertumbuhan penyakit kronik.
3. Berkembangnya kesadaran keluarga untuk lebih memperhatikan masalah keluarga.

4. Penerimaan secara umum teori-teori yang didasarkan keluarga.

1.3 Peran dan Fungsi Keluarga

1. Pelaksana

Memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya keamanan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif.

2. Pendidik

Mengidentifikasi kebutuhan, menentukan tujuan, mengembangkan, merencanakan dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat berperilaku secara mandiri.

3. Konselor

Memberikan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu untuk membantu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

4. Kolaborator

Melaksanakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan keluarga.

Tingkat Pencegahan Dalam Keluarga

Peningkatan kesehatan dan tindakan preventif dirancang khusus untuk menjaga orang bebas dari penyakit dan cedera. Maka peran perawat dalam keluarga sangat diperlukan dalam pencegahan:

1. Pencegahan primer

Perawat mempunyai peran penting dalam upaya pencegahan terjadinya penyakit dan memelihara hidup sehat.

2. Pencegahan sekunder

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

3. Pencegahan tersier

Peran perawat dalam pencegahan secara tersier bertujuan mengurangi luasnya dan keparahan masalah kesehatan, sehingga dapat meminimalkan ketidakmampuan dan memulihkan atau memelihara fungsi tubuh. Fokus utama adalah rehabilitasi. Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka, sehingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial dan emosional.

Bab 2

Konsep Keluarga Sejahtera

2.1 Pendahuluan

Keluarga adalah tempat berlindung, merasa aman dan tempat di mana semua kehidupan berasal. Dengan adanya dukungan dari keluarga sangat berarti dalam kehidupan sehari hari. Pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada keluarga sangatlah penting, baik secara rohani dan materil dibutuhkan oleh seluruh anggota keluarga, sandang, pangan dan papan setidaknya dipenuhi sehingga bisa tercapai kebutuhan primer dari keluarga tersebut.

Tidak semua keluarga dapat memenuhi kebutuhan tersebut, banyak di antaranya keluarga yang tidak bisa memenuhi kebutuhan hidupnya sehari hari sehingga fungsi ekonomi dan kebutuhan akan makanan tidak tercapai. Sebagai seorang perawat keluarga maka proses pengkajian secara dimi pada suatu keluarga sangatlah penting, perawat mampu mengidentifikasi keluarga sesuai dengan tingkat kesejahteraan keluarga tersebut sehingga bisa menegakkan diagnosis dan menetapkan intervensi sesuai dengan permasalahan yang ada di keluarga tersebut.

Proses keperawatan diarahkan pada sasaran individu, keluarga dan masyarakat, keperawatan keluarga harus bisa dipahami dan dipraktikkan oleh seorang perawat, pemahaman tentang teori keluarga menyediakan mekanisme

untuk mengkaji dan melakukan intervensi keluarga guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara utuh (Junaiti Sahar, Agus Setiawan, 2019).

2.2 Konsep Keluarga Sejahtera

Keluarga sebagai unit dasar di dalam masyarakat, membentuk dan dibentuk oleh kekuatan luar (komunitas dan sistem sosial yang lebih besar) yang ada di sekitarnya (Marilyn M Friedman, Vicjy R Bowden, 2002). Keluarga sebagai sistem berfokus pada individu dan keluarga sebagai satu kesatuan di saat bersamaan (Stanhope & Lancaster, 2012)

Sebagai seorang perawat keluarga, mengetahui konsep keluarga adalah salah satu hal penting sehingga perawat mampu untuk menganalisis kemampuan keluarga baik dalam mengenal masalah kesehatan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang berada dekat dengan lingkungan rumah.

Definisi Keluarga Sejahtera

Keluarga yang dibangun atas dasar perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup rohani dan materiil yang layak, ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa, keharmonisan, keserasian dan keseimbangan dalam hubungan antar anggota dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (Undang-Undang Republik Indonesia no. 52 Tahun 2009) (BKKBN, 2011).

1. Keluarga sejahtera adalah keluarga yang jika dilihat berdasarkan kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan dasar, kebutuhan psikososial, kemampuan memenuhi ekonomi dan aktualisasi keluarga di masyarakat serta memperhatikan perkembangan negaranya (Suprajitno, 2004).
2. Keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk atas perkawinan yang sah yang dapat memenuhi kebutuhan dasar, psikososial, kebutuhan ekonomi yang layak, serta dapat melaksanakan fungsi keluarganya dengan baik (Nadirawati, 2018).
3. Keluarga sejahtera adalah keluarga yang dilandasi perkawinan yang sah mampu memenuhi kebutuhan dasar manusia baik sandang,

pangan dan papan yang dilandasi cinta kasih sesama anggota keluarga.

Tujuan:

1. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang masalah yang dihadapi oleh keluarga.
2. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menganalisis potensi dan peluang yang dimiliki keluarga.
3. Meningkatnya kemauan masyarakat dalam memecahkan masalahnya secara mandiri.
4. Meningkatnya gotong royong dan kesetiakawanan sosial dalam membantu keluarga khususnya keluarga pra sejahtera untuk meningkatkan kesejahteraannya (Wahit Iqbal Mubarak, Nurul Chayatin, 2012).

Tugas keluarga:

1. Memelihara kesehatan fisik keluarga dan seluruh anggota keluarganya.
2. Berupaya untuk memelihara sumber daya yang ada dalam keluarga tersebut.
3. Mengatur tugas masing-masing anggota sesuai dengan kedudukan dan peran anggota keluarga.
4. Melakukan sosialisasi antar anggota keluarga agar timbul keakraban dan kehangatan seluruh anggota keluarga.
5. Melakukan pengaturan jumlah anggota keluarga yang diinginkan.
6. Memelihara ketertiban anggota keluarga yang satu rumah.
7. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang luas sehingga bisa beradaptasi dengan lingkungannya.
8. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga dalam membangun keluarga sejahtera.

Tingkat Kesejahteraan Keluarga Menurut BKKBN

Pada dasarnya indikator keluarga sejahtera dalam pokok pikiran yang tertuang dalam UU 1992 No. 10, mengasumsikan bahwa kesejahteraan merupakan variabel komposit yang terdiri dari berbagai indikator konkret dan operasional. Pendataan keluarga miskin dilakukan melalui tahapan keluarga sejahtera yang terbagi menjadi lima tahapan yaitu: rumah tangga pra sejahtera (sangat miskin), rumah tangga sejahtera I (miskin), rumah tangga sejahtera II, rumah tangga sejahtera III dan rumah tangga sejahtera III Plus.

Secara lebih rinci, indikator dan standar rumah tangga sejahtera yang ditetapkan oleh BKKBN adalah sebagai berikut:

1. Tahapan Keluarga Pra Sejahtera (KPS)

Yaitu keluarga yang tidak memenuhi salah satu dari 6 (enam) indikator Keluarga Sejahtera I (KS I) atau indikator "kebutuhan dasar keluarga" (basic needs).

2. Tahapan Keluarga Sejahtera I (KSI)

Yaitu keluarga mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 8 (delapan) indikator Keluarga Sejahtera II atau indikator "kebutuhan psikologis" (psychological needs) keluarga

3. Tahapan Keluarga Sejahtera II

Yaitu keluarga yang mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I dan 8 (delapan) indikator KS II, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 5 (lima) indikator Keluarga Sejahtera III (KS III), atau indikator "kebutuhan pengembangan" (developmental needs) dari keluarga.

4. Tahapan Keluarga Sejahtera III

Yaitu keluarga yang mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I, 8 (delapan) indikator KS II, dan 5 (lima) indikator KS III, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 2 (dua) indikator Keluarga Sejahtera III Plus (KS III Plus) atau indikator "aktualisasi diri" (self esteem) keluarga.

5. Tahapan Keluarga Sejahtera III Plus

Yaitu keluarga yang mampu memenuhi keseluruhan dari 6 (enam) indikator tahapan KS I, 8 (delapan) indikator KS II, 5 (lima) indikator KS III, serta 2 (dua) indikator tahapan KS III Plus.

2.3 Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera

Enam indikator tahapan Keluarga Sejahtera I (KS I) atau indikator "kebutuhan dasar keluarga" (basic needs), dari 21 indikator keluarga sejahtera yaitu:

1. Pada umumnya anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih
Makan berarti memasukkan asupan makanan ke dalam tubuh dan memakannya sesuai dengan pengetahuan dan kebiasaan masyarakat setempat, seperti orang yang biasa makan nasi sebagai makanan utama (makanan pokok) makan nasi, atau orang yang biasa makan sagu makan sagu. dll.
2. Anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah dan bepergian
Mengetahui pakaian yang berbeda berarti memiliki lebih dari satu, sehingga mereka tidak dipaksa untuk memakai pakaian yang sama untuk aktivitas kehidupan yang berbeda. Seperti pakaian rumah (tidur atau istirahat di rumah), pakaian sekolah atau kerja (pergi ke tanah, bekerja, berjualan, dll), pakaian perjalanan lainnya (seperti undangan pernikahan, piknik, ibadah, dll.), setiap anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda
3. Rumah yang ditempati keluarga mempunyai atap, lantai dan dinding yang baik
Rumah tinggal didefinisikan sebagai keadaan di mana suatu keluarga tinggal di rumah yang atap, lantai dan dindingnya layak huni dalam hal perlindungan dan kesehatan

4. Bila ada anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan

Pengertian sarana kesehatan artinya sarana kesehatan modern, seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan, Apotek, Posyandu, Poliklinik, Bidan Desa dan sebagainya, yang memberikan obat-obatan yang diproduksi secara modern dan telah mendapat izin peredaran dari instansi yang berwenang (Departemen Kesehatan/Badan POM), mempunyai asuransi kesehatan semisal BPJS kesehatan, JKN dll.

5. Bila pasangan usia subur ingin ber KB pergi ke sarana pelayanan kontrasepsi

Sarana atau tempat pelayanan KB, seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan, Apotek, Posyandu, Poliklinik, Dokter Swasta, Bidan Desa dan sebagainya, yang memberikan pelayanan KB dengan alat kontrasepsi modern, seperti IUD, MOW, MOP, Kondom, Implan, Suntikan dan Pil, kepada pasangan usia subur yang membutuhkan. (Hanya untuk keluarga yang berstatus Pasangan Usia Subur).

6. Semua anak umur 7-15 tahun dalam keluarga bersekolah

Semua anak 7-15 tahun dari keluarga (jika keluarga mempunyai anak 7-15 tahun), yang harus mengikuti wajib belajar 9 tahun. Bersekolah diartikan anak usia 7-15 tahun di keluarga itu terdaftar dan aktif bersekolah setingkat SD/sederajat SD atau setingkat SLTP/sederajat SLTP.

Delapan indikator Keluarga Sejahtera II (KS II) atau indikator "kebutuhan psikologis" (psychological needs) keluarga, dari 21 indikator keluarga sejahtera yaitu:

1. Pada umumnya anggota keluarga melaksanakan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing

Adalah kegiatan keluarga untuk melaksanakan ibadah, sesuai dengan ajaran agama/kepercayaan yang dianut oleh masing-masing keluarga/anggota keluarga. Ibadah tersebut dapat dilakukan sendiri-sendiri atau bersama-sama oleh keluarga di rumah, atau di tempat-

tempat yang sesuai dengan ditentukan menurut ajaran masing-masing agama/kepercayaan.

2. Paling kurang sekali seminggu seluruh anggota keluarga makan daging/ikan/telur

Pengertian makan daging/ikan/telur adalah memakan daging atau ikan atau telur, sebagai lauk pada waktu makan untuk melengkapi keperluan gizi protein. Indikator ini tidak berlaku untuk keluarga vegetarian.

3. Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun

Pengertian pakaian baru adalah pakaian layak pakai (baru/bekas) yang merupakan tambahan yang telah dimiliki baik dari membeli atau dari pemberian pihak lain, yaitu jenis pakaian yang lazim dipakai sehari-hari oleh masyarakat setempat.

4. Luas lantai rumah paling kurang 8 m² untuk setiap penghuni rumah
- Luas Lantai rumah paling kurang 8 m² adalah keseluruhan luas lantai rumah, baik tingkat atas, maupun tingkat bawah, termasuk bagian dapur, kamar mandi, paviliun, garasi dan gudang yang apabila dibagi dengan jumlah penghuni rumah diperoleh luas ruang tidak kurang dari 8 m².

5. Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas/fungsi masing-masing.

Kondisi kesehatan seseorang dalam keluarga yang berada dalam batas-batas normal, sehingga yang bersangkutan tidak harus dirawat di rumah sakit, atau tidak terpaksa harus tinggal di rumah, atau tidak terpaksa absen bekerja/ke sekolah selama jangka waktu lebih dari 4 hari. Dengan demikian anggota keluarga tersebut dapat melaksanakan tugas dan fungsinya sesuai dengan kedudukan masing-masing di dalam keluarga.

6. Ada seorang atau lebih anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan

Pengertian anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan adalah keluarga yang paling kurang salah seorang

anggotanya yang sudah dewasa memperoleh penghasilan berupa uang atau barang dari sumber penghasilan yang dipandang layak oleh masyarakat, yang dapat memenuhi kebutuhan minimal sehari hari secara terus menerus.

7. Seluruh anggota keluarga umur 10 - 60 tahun bisa baca tulisan latin
Anggota keluarga yang berumur 10 - 60 tahun dalam keluarga dapat membaca tulisan huruf latin dan sekaligus memahami arti dari kalimat-kalimat dalam tulisan tersebut. Indikator ini tidak berlaku bagi keluarga yang tidak mempunyai anggota keluarga berumur 10-60 tahun.
8. Pasangan usia subur dengan anak dua atau lebih menggunakan alat/obat kontrasepsi
Keluarga yang masih berstatus Pasangan Usia Subur dengan jumlah anak dua atau lebih ikut KB dengan menggunakan salah satu alat kontrasepsi modern, seperti IUD, Pil, Suntikan, Implan, Kondom, MOP dan MOW.

Lima indikator Keluarga Sejahtera III (KS III) atau indikator "kebutuhan pengembangan" (developmental needs), dari 21 indikator keluarga sejahtera yaitu:

1. Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama
Upaya keluarga untuk meningkatkan pengetahuan agama mereka masing-masing. Misalnya mendengarkan pengajian, mendatangkan guru mengaji atau guru agama bagi anak-anak, sekolah madrasah bagi anak-anak yang beragama Islam atau sekolah minggu bagi anak-anak yang beragama Kristen.
2. Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang atau barang
Sebagian penghasilan keluarga yang disisihkan untuk ditabung baik berupa uang maupun berupa barang (misalnya dibelikan hewan ternak, sawah, tanah, barang perhiasan, rumah sewaan dan sebagainya). Tabungan berupa barang, apabila diuangkan minimal senilai Rp. 500.000,-

3. Kebiasaan keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dimanfaatkan untuk berkomunikasi

Kebiasaan seluruh anggota keluarga untuk makan bersama sama, sehingga waktu sebelum atau sesudah makan dapat digunakan untuk komunikasi membahas persoalan yang dihadapi dalam satu minggu atau untuk berkomunikasi dan bermusyawarah antar seluruh anggota keluarga.

4. Keluarga ikut dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal

Keikutsertaan seluruh atau sebagian dari anggota keluarga dalam kegiatan masyarakat di sekitarnya yang bersifat sosial kemasyarakatan, seperti gotong royong, ronda malam, rapat RT, arisan, pengajian, kegiatan PKK, kegiatan kesenian, olahraga dan sebagainya.

5. Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/majalah/radio/tv/internet

Tersedianya kesempatan bagi anggota keluarga untuk memperoleh akses informasi baik secara lokal, nasional, regional, maupun internasional, melalui media cetak (seperti surat kabar, majalah, bulletin) atau media elektronik (seperti radio, televisi, internet).

Dua indikator Keluarga Sejahtera III Plus (KS III Plus) atau indikator "aktualisasi diri" (self esteem) dari 21 indikator keluarga, yaitu:

1. Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial

Melalui donasi rutin (waktu tertentu) dan sukarela berupa uang dan barang untuk kepentingan masyarakat (misalnya anak yatim, rumah ibadah, yayasan pendidikan, panti jompo, dana acara di RT/RW/Dusun, Desa, dll.) Dalam hal ini, tidak termasuk sumbangan wajib.

2. Ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/ institusi masyarakat

Sangat sadar sosial dengan menjadi pengurus berbagai organisasi/panitia (misalnya pengurus yayasan, ormas, kesenian, olah raga, agama, pemuda, lembaga kemasyarakatan) untuk memberikan tenaga, pemikiran dan bantuan moral secara terus menerus untuk kepentingan sosial Rumah, RT/RW, pengurus LKMD/LMD, dll (BKKBN, 2011).

Bab 3

Format Keperawatan Keluarga

3.1 Pendahuluan

Pengkajian keperawatan keluarga merupakan proses awal dalam sebuah asuhan keperawatan keluarga. Pada tahap ini, perawat melakukan pengumpulan data mengenai struktur keluarga, hubungan keluarga, dan interaksi antar anggota keluarga. Informasi kesehatan keluarga diperoleh melalui wawancara dengan minimal satu anggota keluarga.

Selain itu, perawat dapat melakukan observasi lingkungan di mana keluarga tinggal, seperti lokasi perumahan, mobilitas keluarga, kemampuan perawatan mandiri, kebersihan lingkungan, dan lain-lain. Proses ini dapat dilakukan melalui beberapa pendekatan model pengkajian. Selain itu, format keperawatan keluarga seutuhnya dapat diidentifikasi dengan alat/ instrumen pengkajian keluarga.

Terdapat berbagai format keperawatan keluarga yang terdiri dari kumpulan data yang perlu diidentifikasi dengan menggunakan pendekatan model pengkajian keperawatan keluarga. Kaakinen et al. (2018) menjelaskan tiga pendekatan yang dapat digunakan, misalnya Model Pengkajian dan Intervensi Keluarga (Berkey and Hanson, 1991), Model Pengkajian Keluarga Friedman (Friedman et al., 2003), dan Model Pengkajian dan Intervensi Keluarga Calgary (Wright and Leahey, 2019).

Pemilihan model pengkajian keluarga ditentukan berdasarkan tujuan dari model tersebut dan unit yang akan dianalisis untuk tercapainya proses keperawatan yang efektif.

Perawat dapat memilih pendekatan model pengkajian yang sesuai untuk digunakan pada keluarga binaannya sebagai tahap awal asuhan keperawatan keluarga. Hal ini disebabkan karena penggunaan satu model pengkajian keluarga mungkin belum mencakup keseluruhan fenomena kesehatan pada keluarga (Wright and Leahey, 2019). Selanjutnya, perawat mengeksplorasi dengan wawancara keluarga menggunakan format instrumen keperawatan keluarga.

Instrumen yang digunakan dalam mengkaji sebuah keluarga dapat berbeda dengan keluarga lainnya. Hal ini disebabkan perbedaan kompleksitas kebutuhan sebuah keluarga. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk mengetahui indikasi sebuah keluarga memerlukan pengkajian keperawatan keluarga (Wright and Leahey, 2019).

Misalnya:

1. Keluarga yang mengalami masalah kesehatan fisik, emosional, spiritual, krisis keluarga akibat penyakit akut, kronik, kecelakaan, atau kematian.
2. Keluarga mengalami masalah kesehatan fisik, emosional atau spiritual akibat masa perkembangannya (kelahiran, pernikahan, anak beranjak dewasa mulai meninggalkan rumah).
3. Keluarga menyatakan bahwa sebuah penyakit dari anggota keluarga merupakan masalah utama dalam keluarga.
4. Keluarga mengalami kesulitan dalam menghadapi seorang anak atau remaja (misal, masalah *cyberbullying*, anak takut mengikuti perawatan kanker).
5. Keluarga mengalami masalah yang dapat membahayakan hubungan dalam keluarga (anggota keluarga merupakan pasien paliatif, masalah kecanduan/ adiksi).
6. Anggota keluarga sedang perawatan di rumah sakit.

Instrumen/ alat pengkajian merupakan panduan perawat dalam melakukan pengkajian keperawatan di berbagai setting keluarga. Instrumen pengkajian ini, misalnya pohon silsilah kesehatan dalam keluarga (genogram), kekuatan

hubungan keluarga (ecomap), peta dukungan jaringan sosial (social network support map), fungsi keluarga APGAR (Smilkstein et al., 1982), adaptasi keluarga (Family Adaptation Cohesion Evaluation Scales – FACES) (Olson, 2019).

Perawat juga dapat mengidentifikasi lebih spesifik kesehatan keluarga untuk memberikan asuhan yang lebih komprehensif. Misalnya, perawat tidak hanya mengkaji anggota keluarga yang sakit, tetapi mengkaji juga status kesehatan family caregiver dengan format pengkajian beban pemberi perawatan keluarga (family caregiver) dan dukungan sosial yang dirasakan dari teman, keluarga, dan orang khusus/ istimewa (Winahyu et al., 2015).

3.2 Format Pengkajian Keperawatan Keluarga

Data Umum Keluarga

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi, nama kepala keluarga (KK), usia, alamat dan telepon, pekerjaan kepala keluarga, tingkat pendidikan, dan komposisi keluarga. Selain itu, perawat perlu mengkaji tipe keluarga, agama, suku bangsa, status sosial-ekonomi, dan aktivitas rekreasi keluarga.

Data umum keluarga dapat juga dikaji dengan format tabel berisi informasi yang lebih rinci, sebagai berikut:

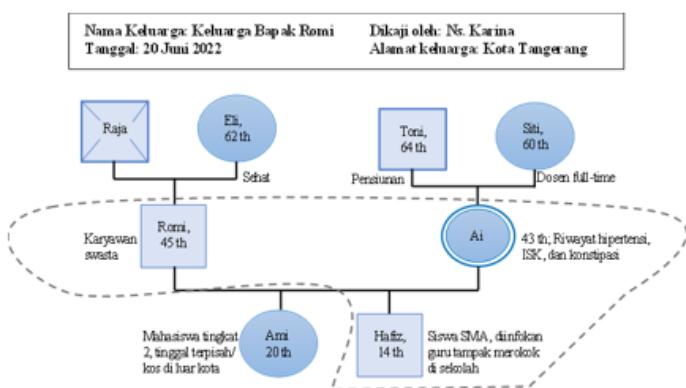
Tabel 3.1: Data Umum Keluarga

No	Nama (inisial)	Jenis kelamin	Hub dg KK	TTL/tunur	Pendidikan	Pekerjaan	Status Imunisasi

Genogram

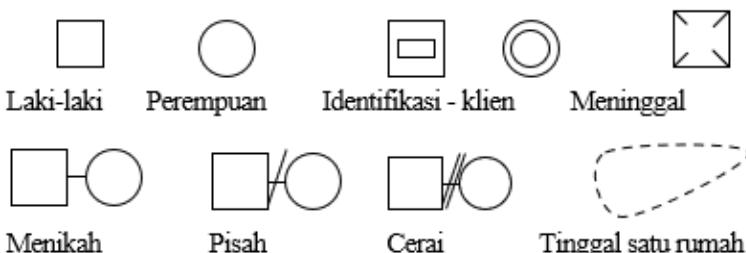
Pengkajian komposisi keluarga dapat digambarkan dalam bentuk diagram genogram. Genogram merupakan diagram yang menggambarkan struktur pohon keluarga untuk mengetahui riwayat dan sumber daya yang dimiliki keluarga. Genogram keluarga digambarkan dalam tiga generasi (dua generasi keluarga inti dan satu generasi di atasnya), di mana garis vertikal menunjukkan hubungan lintas generasi dan garis horizontal menunjukkan hubungan satu generasi (Friedman et al., 2003).

Dengan mengkaji genogram keluarga, perawat dapat berpikir sistematis mengenai kondisi dan hubungan keluarga inti dan pola sehat-sakit keluarga dalam satu generasi dan lintas generasi. Informasi tersebut dapat dijadikan data dasar dalam menentukan masalah kesehatan keluarga.



Gambar 3.1: Genogram

Keterangan simbol-simbol yang dapat digunakan:



Pengkajian genogram umumnya selesai pada kunjungan rumah pertama dan dapat dilengkapi dengan informasi yang lebih rinci pada kunjungan berikutnya. Perawat dapat mengajukan pertanyaan yang mudah terlebih dahulu, seperti nama, usia, jenis kelamin anggota keluarga untuk menggambarkan dua generasi dalam keluarga inti pada pertemuan awal.

Kemudian, jika sudah terbangun rasa percaya antara perawat dan keluarga, pertanyaan yang lebih sulit seperti fungsi keluarga, masalah kesehatan atau masalah dalam kehidupan sekolah anak dapat digali lebih jauh pada pertemuan selanjutnya (Friedman et al., 2003).

Ecomap

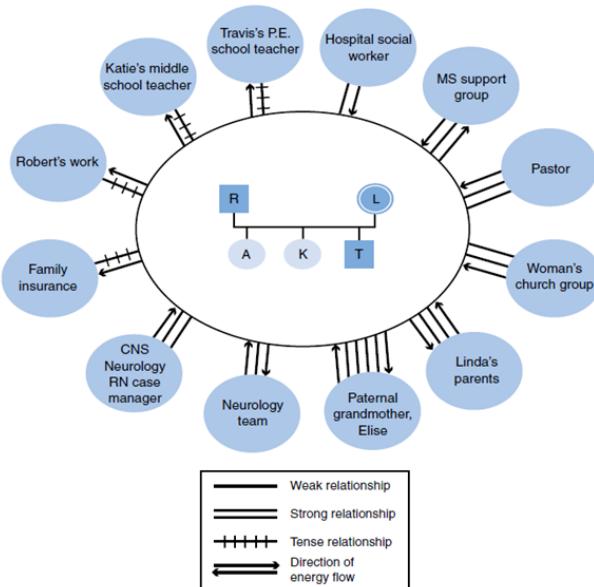
Diagram ecomap menggambarkan hubungan keluarga dan interaksinya dengan lingkungan sekitar. Format pengkajian ini membantu keluarga dan perawat untuk mengetahui jejaring sosial, dan bagaimana anggota keluarga menerima/ merasakan dukungan sosial (Friedman et al., 2010). Oleh karena itu, ecomap merupakan ringkasan kondisi terkini keluarga yang berkaitan dengan hubungan keluarga inti, keluarga besar, dan komunitas di sekitarnya (Kaakinen et al., 2018).

Saat menggambar ecomap, perawat menempatkan keluarga dalam bentuk lingkaran di posisi tengah ecomap dan orang khusus/ istimewa lainnya (significant other), organisasi/ institusi lain digambarkan di luar lingkaran keluarga. Hubungan antara keluarga dengan lingkungan luar digambarkan dengan berbagai jenis garis.

Hubungan yang kuat digambarkan dengan garis lurus, garis putus-putus menunjukkan hubungan yang lemah, dan garis miring menunjukkan hubungan konflik/ stressful (Kaakinen et al., 2018). Semakin lebar/ banyak garis lurus, maka semakin kuat hubungannya. Selain itu, gambar panah menunjukkan arah energi atau sumber daya dari hubungan keluarga dan lingkungannya (Kaakinen et al., 2018, Friedman et al., 2010).

Banyaknya instrumen dalam berbagai format pengkajian keperawatan dapat membantu perawat mendapatkan informasi mengenai keluarga. Namun, penggunaan terlalu banyak instrumen membutuhkan waktu pengkajian yang lebih lama. Instrumen genogram dan ecomap merupakan format pengkajian yang singkat, tidak membutuhkan waktu lama dalam menyelesaiannya, dan meningkatkan komunikasi terapeutik antara perawat dan keluarga pada saat mengerjakannya.

Selain itu, eksplorasi data dengan genogram dan ecomap dapat memperlihatkan gambaran utuh dari sejarah keluarga tersebut, mengidentifikasi potensi dukungan ataupun kurangnya dukungan yang didapat dari anggota keluarga tertentu (Kaakinen et al., 2018).



Gambar 3.2: Ecomap Keluarga (Kaakinen et al., 2018)

Pengkajian Lingkungan Rumah dan Komunitas

Salah satu fungsi keluarga, yaitu menyediakan lingkungan tempat tinggal yang baik bagi anggota keluarga. Penting bagi perawat untuk menyadari bahwa kesehatan lingkungan rumah dapat memberikan dampak bagi kesehatan fisik dan mental setiap anggota keluarga tersebut (Friedman et al., 2010). Selain itu, keluarga yang sehat ialah keluarga yang aktif dan memiliki inisiatif untuk menjadi bagian dari berbagai komunitas.

Oleh karena itu, hubungan antara sebuah keluarga dengan lingkungan komunitasnya perlu dikaji untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mencari atau menerima sumber daya, seperti makanan, layanan, dan informasi dari komunitasnya.

Tabel 3.2: Pengkajian Lingkungan Rumah dan Komunitas

No.	Aspek Yang Digambarkan dan Dijelaskan
1	Gambarkan tipe rumah, interior-eksterior rumah, furnitur, ventilasi, kecukupan ruangan untuk tiap anggota keluarga, dan pembuangan sampah. Jelaskan keamanan rumah dan kepuasan anggota keluarga mengenai pengaturan rumahnya.
2	Karakteristik tetangga dan komunitas Jelaskan karakteristik lingkungan tempat tinggal di area pedesaan, perkotaan, atau pinggiran kota. Kawasan tempat tinggal di area industri, pemukiman padat penduduk, atau area pertanian. Bagaimana karakteristik penduduk dari aspek kelas sosial, pekerjaan penduduk, dan budaya.
3	Mobilitas geografis keluarga Jelaskan lama waktu keluarga tinggal di area tersebut, daerah asal keluarga tersebut, status pindah atau imigrasi.
4	Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat Jelaskan keterlibatan keluarga dengan aktivitas yang ada di masyarakat dan persepsi keluarga dalam menggunakan sumber daya/ pelayanan di masyarakat.

3.3 Format Pengkajian Khusus

Instrumen pengkajian keperawatan khusus dapat digunakan sesuai kebutuhan untuk mendapatkan gambaran status keluarga yang lebih komprehensif. Misalnya, Smilkstein et al. (1982) mengembangkan instrumen APGAR Keluarga untuk mengukur persepsi anggota keluarga terhadap kepuasan fungsi keluarga, terutama dalam aspek adaptasi (adaptation), kerjasama (partnership), pertumbuhan (growth), kasih sayang (affection), dan penyelesaian masalah/komitmen (resolve).

Tabel 3.3: Format Pengkajian APGAR Keluarga

No	Pernyataan	Selalu/Sering (2)	Kadang-Kadang (1)	Jarang/Hampir Tidak Pernah (0)
1	Saya puas karena dapat mengandalkan keluarga saya, jika saya menghadapi masalah			
2	Saya puas dengan cara keluarga saya membahas suatu masalah dan berbagi dengan saya			
3	Saya puas bahwa keluarga menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan hal baru atau arah hidup yang baru.			
4	Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan kasih sayang, atau menanggapi emosi, seperti rasa marah, sedih, ataupun			

No	Pernyataan	Selalu/Sering (2)	Kadang-Kadang (1)	Jarang/ Hampir Tidak Pernah (0)
	cinta			
5	Saya puas dengan cara keluarga saya meluangkan waktu untuk bersama			

Untuk pilihan selalu/ sering diberikan skor 2, kadang-kadang dinilai skor 1, dan jarang/ hampir tidak pernah dinilai skor 0. Semakin tinggi skor menunjukkan fungsi keluarga yang semakin baik. Contoh penggunaan instrumen ini, misalnya pada keluarga dengan penyakit kronik yang baru saja keluar dari RS, perawat ingin mengetahui kemampuan adaptasi keluarga terhadap penyakit dan perubahan peran yang berisiko mengakibatkan krisis dalam keluarga.

Selain itu, anggota keluarga dengan penyakit kronik perlu dimotivasi untuk dapat memiliki kemampuan perawatan mandiri agar mampu mempertahankan kesehatan dan mencapai kesejahteraan (Elon et al., 2021), tetapi dampak sebuah penyakit terhadap anggota keluarga lain tetap perlu diperhatikan.

Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga, penting bagi perawat tidak hanya mengidentifikasi masalah kesehatan dari anggota keluarga yang sakit, tetapi juga mengkaji status kesehatan pemberi perawatan dalam keluarga (family caregiver). Pemberi perawatan dalam keluarga/ pemberi asuhan keluarga (family caregiver) merupakan kelompok rentan yang sering terlupakan dalam pelayanan keperawatan keluarga.

Pemberi asuhan keluarga atau pendamping keluarga merupakan anggota keluarga yang secara sukarela merawat keluarganya yang sakit, sehingga berisiko mengalami masalah kesehatan akibat tingginya beban perawatan. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk mengkaji status kesehatan dan dukungan yang dirasakan sehingga dapat merencanakan asuhan keperawatan keluarga yang efektif.

Instrumen untuk mengkaji beban perawatan yang dapat digunakan misalnya kuesioner Skala Kesiapan Pemberian Perawatan (Preparedness Caregiving Scale) yang dikembangkan oleh Archbold et al. (1990) dan diterjemahkan oleh Sari and Nirmalasari (2021).

Instrumen ini mengukur tingkat kesiapan family caregiver untuk mengemban tugas dan peran dalam memberikan perawatan fisik, dukungan emosional, dan menghadapi stres selama proses perawatan. Setelah mengetahui beban yang dialami pendamping keluarga, perawat perlu mengkaji sumber daya yang

dimiliki keluarga, misalnya dengan mengkaji dukungan sosial dari teman, keluarga, dan orang khusus/ istimewa yang dirasakan oleh family caregiver.

Berikut contoh format pengkajian dukungan sosial yang dirasakan oleh family caregiver, yaitu Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al., 1988, Winahyu et al., 2015).

Tabel 3.4: Format Pengkajian Dukungan Sosial yang Dirasakan

	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Netral	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
Ada orang khusus di sekitar saya ketika saya membutuhkan							
Ada orang khusus yang saya jadikan tempat berbagi suka dan duka							
Keluarga saya benar-benar mencoba untuk membantu saya							
Saya mendapatkan bantuan emosional dan dukungan yang saya butuhkan dari keluarga saya							
Saya memiliki orang khusus yang menjadi sumber kenyamanan bagi saya							
Teman-teman saya benar-benar mencoba untuk membantu saya							
Saya dapat mengandalkan teman-teman							

	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Netral	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
saya ketika ada masalah							
Saya dapat membicarakan masalah saya dengan keluarga saya							
Saya memiliki teman dengan siapa saya dapat berbagi suka dan duka							
Ada orang istimewa dalam hidup saya yang peduli tentang perasaan saya							
Keluarga saya bersedia untuk membantu saya membuat keputusan							
Saya dapat berbicara tentang masalah saya dengan teman-teman saya							

3.4 Aplikasi Pada Studi Kasus Keluarga

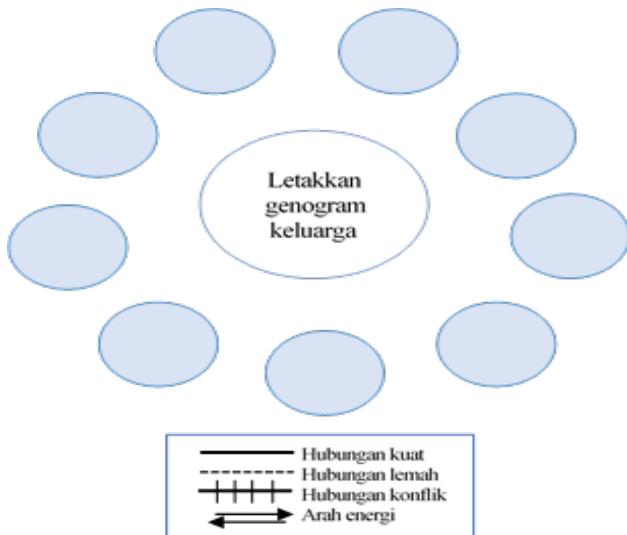
Keluarga Bapak Juna (36 tahun) baru saja pulang ke rumahnya sejak keluar dari rumah sakit tiga hari yang lalu setelah istrinya, Ibu Neni (28 tahun) post *Sectio Caesarea* (SC). Keluarga Bapak Juna telah memiliki anak pertamanya, yaitu Sena, perempuan yang berusia 3 tahun. Dari hasil wawancara perawat saat kunjungan rumah pertama, diketahui Ibu Neni mengeluhkan nyeri pada luka operasi terutama saat berpindah posisi dari tidur ke duduk ataupun saat berjongkok.

Selain itu, Ibu Neni mengatakan khawatir dengan bayinya yang sulit disusui, ia mengatakan ASI nya sedikit, berbeda dengan anaknya yang pertama. Tampak Sena melempar mainannya dan menarik-narik baju ibunya sambil merengkuk setiap kali ibunya menggendong adik bayinya.

Ibu Neni merupakan seorang karyawan swasta yang sedang mengambil cuti melahirkan. Ibu Neni merupakan pengasuh utama dari anak-anaknya tanpa bantuan asisten rumah tangga. Anak pertamanya sempat diasuh adik iparnya yang tinggal bersama di rumah mereka, namun kini adik iparnya sudah bekerja di luar pulau.

Sedangkan Bapak Juna, suami dan pencari nafkah utama, bekerja sebagai guru di SMP swasta diketahui ter diagnosa diabetes melitus tipe 2 dan riwayat hipertensi yang terkontrol dengan obat oral. Keluarga besar mereka, termasuk orang tua dan mertua tinggal di luar kota sehingga Ibu Neni perlu bantuan pengasuh atau alternatif tempat penitipan balita jika cuti melahirkannya telah selesai. Perawat menyadari bahwa telah terjadi perubahan peran pada keluarga Bapak Juna.

Lakukan pengkajian keluarga dengan format genogram, identifikasi perubahan peran dan kemampuan adaptasi keluarga serta sumber daya keluarga serta hubungannya dengan komunitas menggunakan ecomap untuk melihat potensi dukungan yang dimiliki keluarga.



Gambar 3.3: Echomap

Bab 4

Model Konsep Keperawatan Keluarga

4.1 Pendahuluan

Dasar dari suatu profesi yaitu berkembangnya batang tubuh keilmuan yang sering diwujudkan dalam bentuk teori dan model. Keperawatan sebagai suatu disiplin ilmu sehingga keperawatan membutuhkan adanya suatu ilmu pengetahuan yang dibangun berdasarkan teori dan model keperawatan. Keperawatan membutuhkan adanya teori karena teori memberi kontribusi fondasi dasar yang baik pada praktik keperawatan dan membuat hubungan yang baik antara praktisi dengan ahli riset (Mertajaya et al, 2019).

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

Keperawatan keluarga sebagai bagian spesialisasi dalam keperawatan memerlukan suatu teori dan model keperawatan dalam memberikan praktik

pelayanan keperawatan pada keluarga. Teori dan model keperawatan keluarga perlu dikembangkan secara terus menerus berdasarkan kondisi keluarga yang ada di Indonesia sehingga praktik keperawatan keluarga dapat ter aplikasikan dengan baik. Praktik keperawatan yang berdasarkan teori sangat penting dalam praktik keperawatan keluarga, karena akan menuntun perawat untuk berpikir secara interaktif berkenaan dengan fenomena dan masalah keluarga. Permasalahan keperawatan di dalam keluarga sangatlah kompleks sehingga perawat memerlukan suatu kerangka teoritis dalam menjelaskan, mengidentifikasi, menganalisis, dan menyimpulkan permasalahan keperawatan dalam keluarga tersebut (Friedman, 2014).

Asuhan keperawatan keluarga diperlukan adanya pendekatan teori model keperawatan yang didasarkan pada suatu penelaahan permasalahan secara umum dalam keluarga. Teori dan model keperawatan keluarga akan dapat menjembatani perawat dalam melakukan pengkajian keperawatan keluarga, menyusun permasalahan dalam keluarga, membuat perencanaan dalam mengatasi permasalahan dalam keluarga, memberikan tuntunan dalam mengimplementasi masalah keluarga, dan melakukan evaluasi terhadap keluarga yang dibina.

Pengertian Model Konsep Keperawatan Keluarga

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

Konsep dapat dianalogikan sebagai batu bata dan papan untuk membangun sebuah rumah dimana rumah yang dibangun diibaratkan sebagai kerangka konsep. Model konsep merupakan suatu rangkaian konstruksi yang sangat abstrak dan berkaitan yang menjelaskan secara luas fenomena-fenomena, mengekspresikan asumsi dan mencerminkan masalah (Asmadi, 2016).

Model konseptual keperawatan memperlihatkan petunjuk bagi organisasi dimana perawat mendapatkan informasi agar mereka peka terhadap apa yang terjadi pada suatu saat dan juga tahu apa yang harus perawat kerjakan. Model konseptual keperawatan merupakan suatu cara untuk memandang situasi dan kondisi pekerjaan yang melibatkan perawat di dalamnya. Model konseptual tersusun atas ide-ide (konsep-konsep) abstrak dan umum, dan proposisi yang

menspesifikasi hubungan antara keduanya. Model konseptual sangat penting sebagai landasan perkembangan disiplin keperawatan (Friedman, 2014).

Mckenna et al (2014), menjelaskan alasan untuk menciptakan model teoritis atau konseptual yakni bahwa model membantu menggambarkan proses sampai dengan hasil, dengan menentukan hubungan antara variabel dalam bentuk grafik dimana dapat diperiksa untuk ketidakkonsistenan, ketidaklengkapan, atau kesalahan. Model menggambarkan proses yang dimulai di suatu tempat dan berakhir pada titik logis.

Teori merupakan hubungan beberapa konsep atau suatu kerangka konsep atau definisi yang memberikan suatu pandangan sistematis terhadap gejala-gejala atau fenomena-fenomena dengan menentukan hubungan spesifik antara konsep tersebut dengan maksud untuk menguraikan, menerangkan, meramalkan dan atau mengendalikan suatu fenomena. Teori dapat diuji, diubah atau digunakan sebagai suatu pedoman dalam penelitian (Alligood, 2017).

Menurut Aini (2018), Teori adalah deskripsi atau penjelasan dari suatu fenomena dan hubungan antara fenomena-fenomena semacam itu. Secara inti, konsep seperti deskripsi simbolik dari fenomena dihubungkan dengan preposisi yang menyatakan hubungan di antara fenomena-fenomena tersebut.

Teori keperawatan merupakan seperangkat ide, definisi, hubungan, dan harapan atau saran yang berasal dari model keperawatan atau dari disiplin (bidang ilmu) lain dan rancangan purposif, pandangan metodis fenomena dengan merancang inter-relationship khusus di antara ide-ide yang bertujuan menggambarkan, menjelaskan, peramalan, atau merekomendasikan (Arora, 2015). Pemilihan model keperawatan yang tepat dengan situasi klien yang spesifik, memerlukan pengetahuan yang mendalam tentang variabel utama yang memengaruhi situasi klien.

Langkah-langkah yang harus dilakukan perawat dalam memilih model keperawatan yang tepat untuk kasus spesifik adalah sebagai berikut:

1. mengumpulkan informasi awal tentang fokus kesehatan klien, umur, pola hidup dan aktivitas sehari-hari untuk mengidentifikasi dan memahami keunikan pasien;
2. mempertimbangkan model keperawatan yang tepat dengan menganalisis asumsi yang melandasi, definisi konsep dan hubungan antar konsep.

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

4.2 Tujuan Teori dan Model Keperawatan

Tujuan Teori Keperawatan

Menurut Budiono (2016), Teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dan pengembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai di antaranya:

1. Teori keperawatan diharapkan dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan, baik bentuk tindakan atau bentuk model praktik keperawatan sehingga berbagai permasalahan dapat teratasi.
2. Membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan kemudian dapat memberikan dasar dalam penyelesaian berbagai masalah keperawatan.
3. Teori keperawatan membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan.
4. Memberikan dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan sehingga pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus bertambah dan berkembang.

Adapun tujuan model keperawatan adalah sebagai berikut:

1. menjaga konsisten asuhan keperawatan;
2. mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan;

3. menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
4. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan;
5. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

Karakteristik Teori dan Model Keperawatan

Menurut Chinn & Jacob (dalam Budiono, 2016), menegaskan terdapat lima karakteristik dasar teori keperawatan diantaranya:

1. Teori keperawatan mengidentifikasi dan mendefinisikan sebagai hubungan yang spesifik dari konsep-konsep keperawatan seperti hubungan antara konsep manusia, konsep sehat-sakit, konsep lingkungan dan keperawatan.
2. Teori keperawatan bersifat ilmiah, artinya teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis.
3. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum, artinya teori keperawatan dapat digunakan pada masalah sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktik keperawatan.
4. Teori keperawatan berperan dalam memperkaya *body of knowledge* keperawatan yang dilakukan melalui penelitian.
5. Teori keperawatan menjadi pedoman dan berperan dalam memperbaiki kualitas praktik keperawatan.

4.3 Model Konseptual dalam Keperawatan

Keperawatan sebagai disiplin ilmu memiliki teori dan model yang dapat diaplikasikan pada suatu praktik keperawatan keluarga, ada beberapa teori dan model keperawatan yang dapat diterapkan pada praktik keperawatan antara lain:

4.3.1 Model Lingkungan Dari Florence Nightingale

Florence merupakan salah satu pendiri yang meletakkan dasar-dasar teori keperawatan yang melalui filosofi keperawatan yaitu dengan mengidentifikasi peran perawat dalam menemukan kebutuhan dasar manusia pada klien serta pentingnya pengaruh lingkungan di dalam perawatan orang sakit yang dikenal teori lingkungannya.

Inti konsep Florence Nightingale, pasien dipandang dalam konteks lingkungan secara keseluruhan, terdiri dari lingkungan fisik, lingkungan psikologis dan lingkungan sosial (Alligood, 2017).

Lingkungan Fisik (Physical Environment)

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

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

Lingkungan Psikologi (Psychology Environment)

F. Nightingale melihat bahwa kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stres fisik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien. Oleh karena itu ditekankan kepada pasien menjaga rangsangan fisiknya. Mendapatkan sinar matahari, makanan yang menarik dan aktivitas manual

dapat merangsang semua faktor untuk membantu pasien dalam mempertahankan emosinya.

Komunikasi dengan pasien dipandang dalam suatu konteks lingkungan secara menyeluruh, komunikasi jangan dilakukan secara terburu-buru atau terputus-putus. Komunikasi tentang pasien yang dilakukan dokter dan keluarganya sebaiknya dilakukan dilingkungan pasien dan kurang baik bila dilakukan di luar lingkungan pasien atau jauh dari pendengaran pasien. Tidak boleh memberikan harapan yang terlalu muluk, menasihati yang berlebihan tentang kondisi penyakitnya.

Selain itu membicarakan kondisi-kondisi lingkungan dimana dia berada atau cerita hal-hal yang menyenangkan dan para pengunjung yang baik dapat memberikan rasa nyaman.

Lingkungan Sosial (Social Environment)

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

Seperti juga hubungan komunitas dengan lingkungan sosial dugaannya selalu dibicarakan dalam hubungan individu pasien yaitu lingkungan pasien secara menyeluruh tidak hanya meliputi lingkungan rumah atau lingkungan rumah sakit tetapi juga keseluruhan komunitas yang berpengaruh terhadap lingkungan secara khusus.

Asumsi Utama Model Florence Nightingale

1. Manusia

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

2. Lingkungan

Lingkungan menurut Nightingale merujuk pada lingkungan fisik eksternal yang memengaruhi proses penyembuhan dan kesehatan yang meliputi lima komponen lingkungan terpenting dalam mempertahankan kesehatan individu yang meliputi: udara bersih, air yang bersih, pemeliharaan yang efisien, kebersihan, serta penerangan/pencahayaan Nightingale lebih menekankan pada lingkungan fisik daripada lingkungan sosial dan psikologis yang di eksplor secara lebih terperinci dalam tulisannya. Penekanannya terhadap lingkungan sangat jelas melalui pernyataannya bahwa jika ingin meramalkan masalah kesehatan, maka yang harus dilakukan adalah mengkaji keadaan rumah, kondisi dan cara hidup seseorang daripada mengkaji fisik/tubuhnya.

3. Kesehatan

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

4. Keperawatan

Nightingale memandang keperawatan sebagai ilmu kesehatan dan menguraikan keperawatan sebagai mengarahkan terhadap peningkatan dan pengelolaan lingkungan fisik sehingga alam akan menyembuhkan pasien. Oleh karena itu, kegiatan keperawatan termasuk memberikan pendidikan tentang kebersihan di rumah tangga dan lingkungan untuk membantu wanita menciptakan atau

membuat lingkungan sehat bagi keluarganya dan komunitas yang pada dasarnya bertujuan untuk mencegah penyakit.

4.3.2 Teori Imogene King Tentang Pencapaian Tujuan

Kerangka ini dikenal sebagai kerangka sistem terbuka. Asumsi yang mendasari kerangka ini adalah pertama, asuhan keperawatan berfokus pada manusia termasuk berbagai hal yang memengaruhi kesehatan seseorang. Kedua, tujuan asuhan keperawatan adalah kesehatan bagi individu, kelompok dan masyarakat. Ketiga, manusia selalu berinteraksi secara konstan terhadap lingkungan.

Dalam kerangka konsep ini terdapat tiga sistem yang saling berinteraksi dan saling berhubungan erat. Pertama, kepribadian (personal system). Setiap individu mempunyai sistem kepribadian tertentu. Kepribadian seseorang dipengaruhi oleh persepsi, konsep diri, pertumbuhan dan perkembangan, gambaran diri, tempat dan waktu. Kedua, interpersonal sistem. Sistem ini terbentuk karena hasil dan peran. Ketiga, sosial sistem.

Sistem sosial meliputi keluarga, kelompok keagamaan, pendidikan, pekerjaan, dan kelompok sebaya. Menurut King tujuan pemberian asuhan keperawatan dapat tercapai jika perawat dan pasien saling bekerja sama dalam mengidentifikasi masalah serta menetapkan tujuan bersama yang hendak dicapai (Widagdo and Resnayati, 2019).

Asumsi Utama Model Imogene King

Menurut Rofli (2021), King memperkenalkan beberapa asumsi sebagai dasar konseptualnya:

1. Keperawatan

Keperawatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi yang ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan masyarakat. Tujuan keperawatan adalah menolong individu mempertahankan kesehatannya sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran-peran mereka. Keperawatan dipandang sebagai proses interpersonal aksi, reaksi, interaksi dan transaksi sehingga model keperawatan King dikenal sebagai *An Interaction Model*.

2. Manusia

Asumsi spesifik King mengenai individu adalah individu sebagai makhluk sosial, individu sebagai makhluk berakal, individu sebagai makhluk rasional, individu sebagai makhluk perasa, individu sebagai makhluk pengontrol, individu sebagai makhluk yang bertujuan, individu sebagai makhluk berorientasi tindakan, dan individu sebagai makhluk berorientasi waktu. Menurut King, individu mempunyai hak untuk mengetahui berbagai hal menyangkut dirinya, hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang memengaruhi kehidupan dan kesehatan mereka, serta hak untuk menerima atau menolak perawatan kesehatan.

3. Kesehatan

Kesehatan dipandang sebagai bagian dinamis dalam lingkaran kehidupan, sedangkan penyakit merupakan bagian dalam lingkaran kehidupan tersebut. Kesehatan memengaruhi upaya adaptasi yang terus-menerus terhadap kondisi stres, baik internal maupun eksternal, melalui pemanfaatan optimum sumber daya manusia guna meraih potensi maksimal bagi kehidupan keseharian.

4. Lingkungan

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

4.3.3 Model Sister Callista Roy Tentang Adaptasi

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

Proses adaptasi melibatkan seluruh fungsi secara holistik, mencakup semua interaksi individu dengan lingkungannya dan dibagi menjadi dua proses, sebagai berikut:

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

Asumsi Utama Model Adaptasi Sister Callista Roy

Menurut Roy terdapat empat objek utama dalam ilmu keperawatan (Alligood, 2017):

1. **Keperawatan**

Keperawatan sebagai ilmu dan praktik berperan dalam meningkatkan adaptasi individu dan kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif. Keperawatan memberi perbaikan pada manusia sebagai suatu kesatuan yang utuh untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan dan berespons terhadap stimulus internal yang memengaruhi adaptasi. Jika stresor terjadi dan individu tidak dapat menggunakan “koping” secara efektif maka individu tersebut memerlukan perawatan. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan interaksi individu dengan lingkungan, sehingga adaptasi dalam setiap aspek semakin meningkat. Komponen-komponen adaptasi mencakup fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan.

2. **Manusia**

Manusia merupakan bagian dari sistem adaptasi, yaitu suatu kumpulan unit yang saling berhubungan mempunyai masukan, proses kontrol, keluaran dan umpan balik. Proses kontrol adalah mekanisme coping yang dimanifestasikan dengan adaptasi secara spesifik.

Manusia dalam sistem ini berperan sebagai kognator dan regulator (pengaturan) untuk mempertahankan adaptasi. Pada model adaptasi keperawatan, manusia dilihat dari sistem kehidupan yang terbuka, adaptif, melakukan pertukaran energi dengan zat/benda dan lingkungan. Manusia sebagai masukan dalam sistem adaptif, terdiri dari lingkungan eksternal dan internal. Proses kontrol manusia adalah mekanisme coping yakni sistem regulator dan kognator. Keluaran dari sistem ini dapat berupa respons adaptif atau respons tidak efektif.

3. Lingkungan

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

4. Kesehatan

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

4.3.4 Model Betty Neuman Tentang Sistem Kesehatan

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

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

Asumsi yang dikemukakan Neuman tentang 4 konsep utama dari paradigma keperawatan yaitu:

1. Manusia

Manusia merupakan suatu sistem terbuka, yang selalu mencari keseimbangan dari harmoni dan merupakan satu kesatuan dari

variabel-variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual.

2. Lingkungan

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

3. Kesehatan

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

4. Keperawatan

Keperawatan dimana intervensi keperawatan bertujuan untuk menurunkan stresor melalui pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Keperawatan ditujukan untuk mempertahankan keseimbangan tersebut dengan berfokus pada empat upaya kesehatan, yaitu intervensi yang bersifat promosi dilakukan apabila gangguan yang terjadi pada garis pertahanan yang fleksibel, intervensi yang bersifat prevensi dilakukan apabila garis pertahanan normal yang terganggu, sedangkan intervensi yang bersifat kuratif atau rehabilitatif dilakukan apabila garis pertahanan resisten yang terganggu. Keperawatan sebagai ilmu dan kiat, mempelajari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar klien (individu, keluarga, kelompok, dan komunitas) yang berhubungan dengan ketidakseimbangan yang terjadi pada ketiga garis pertahanan, yaitu fleksibel, normal dan resisten dan berupaya membantu mempertahankan keseimbangan untuk sehat.

4.3.5 Model Dorothea E. Orem Tentang Perawatan Diri

Menurut Widagdo and Resnayati (2019), model ini tepat digunakan untuk keperawatan keluarga. Karena tujuan akhir dari keperawatan keluarga adalah kemandirian keluarga dalam melakukan upaya kesehatan yang terkait dengan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu:

1. mengenal masalah;
2. mengambil keputusan untuk mengatasi masalah;
3. merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan;
4. memodifikasi lingkungan yang dapat menunjang kesehatan;
5. menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan secara tepat.

Pandangan Teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya.

Dalam konsep keperawatan Orem mengembangkan tiga bentuk teori self care diantaranya:

1. Perawatan diri sendiri (self care)

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

- a. Self care itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan.
- b. Self care agency, merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain.
- c. Adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat
- d. Kebutuhan self care merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh, self care yang bersifat universal itu adalah aktivitas sehari-hari dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya.

2. Self Care Deficit

Merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum dimana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan

dibutuhkan yang dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan self care, baik secara kualitas maupun kuantitas.

3. Teori Sistem Keperawatan

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

Asumsi Utama Model Orem

Menurut Rofli (2021), Orem menjelaskan masing-masing dari komponen paradigma keperawatan yaitu manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan.

1. Manusia

Manusia merupakan makhluk yang berbeda dari makhluk hidup lainnya, hal ini disebabkan oleh kapasitasnya dalam:

- a. Mencerminkan keadaan diri dan lingkungannya;
- b. Menandakan pengalaman mereka;
- c. Memakai simbol yang mereka ciptakan (ide dan kata-kata) dalam berpikir, komunikasi dan dalam memperjuangkan sesuatu yang menguntungkan diri mereka dan orang lain.

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

2. Kesehatan

Orem mendefinisikan tentang kesehatan sebagai status fisik, mental dan kehidupan sosial, tidak hanya mengenai kelemahan fisik atau penyakit. Dia menyatakan bahwa fisik, mental, hubungan

interpersonal dan hubungan sosial merupakan aspek dari kesehatan yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari individu.

Orem juga mempersempit dasar kesehatan pada konsep perawatan diri preventif. Perawatan kesehatan termasuk peningkatan dan pemeliharaan dari kesehatan (primary prevention), perawatan dari penyakit/luka (secondary prevention), dan komplikasi dari pencegahan (tertiary prevention).

3. Lingkungan

Kondisi lingkungan dibagi dua, yaitu lingkungan eksternal fisik dan lingkungan psikososial. Pengembangan lingkungan dilakukan dengan meningkatkan pengembangan individu melalui motivasi untuk membangun tujuan yang tepat dan mengatur perilaku untuk meraih tujuan tersebut. Lingkungan dapat berpengaruh positif maupun negatif terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan self care.

4. Keperawatan

Menurut Orem, keperawatan adalah jenis pelayanan kesehatan spesifik yang berdasarkan pada nilai. Pada komunitas, orang menganggap keperawatan sebagai pelayanan yang penting dan diperlukan. Orem menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan konsep keperawatan antara lain, seni dan kebijaksanaan keperawatan, keperawatan sebagai layanan, fungsi teori keperawatan dan teknologi keperawatan.

4.3.6 Teori Martha E. Rogers Tentang Manusia Seutuhnya

Model konsep dan teori keperawatan menurut Martha E. Rogers dikenal dengan nama konsep manusia sebagai unit. Dalam memahami konsep model dan teori ini, Martha berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda-beda.

Dalam proses kehidupan manusia yang dinamis, manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan yang saling memengaruhi dan dipengaruhi, serta dalam proses kehidupan manusia setiap individu akan berbeda satu dengan yang lain dan manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri (Alligood, 2017).

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

1. Integritas: Individu sebagai satu kesatuan dengan lingkungan yang tidak dapat dipisahkan dan saling memengaruhi satu dengan yang lain.
2. Resonansi: Proses kehidupan antara individu dengan lingkungan berlangsung dengan berirama dengan frekuensi yang bervariasi.
3. Helicity: terjadinya proses interaksi antara manusia dengan lingkungan akan terjadi perubahan baik perlahan-lahan maupun berlangsung dengan cepat.

Asumsi Utama Model Martha E. Rogers

1. Keperawatan

Keperawatan Roger memfokuskan kepada subjek manusia dan alam semesta sebagai tempat tinggalnya sesuai dengan sifat asuhan keperawatan, yang mencakup manusia dan lingkungannya. Tujuan keperawatan adalah mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan untuk semua orang. Seni dalam keperawatan adalah kreativitas aplikasi ilmu keperawatan untuk kehidupan manusia yang lebih baik.

2. Manusia

Rogers mendefinisikan manusia sebagai sistem terbuka dan merupakan proses interaksi yang terus menerus dalam sistem tersebut, yaitu dengan lingkungan (integralitas). Pada model konseptual yang spesifik pada area keperawatan, manusia dan lingkungan dipersepsi sebagai lahan energi yang terintegrasi satu sama lain, tidak dapat diperkecil lagi, dan memiliki banyak cara dalam berevolusi.

3. Kesehatan

Rogers menggunakan istilah Kesehatan sebagai suatu konsep yang didefinisikan berdasarkan budaya atau individu. Sehat dan sakit merupakan manifestasi dari suatu pola dan dianggap “mendefinisikan

perilaku-perilaku yang memiliki nilai tinggi (baik) dan perilaku bernilai rendah.

4. Lingkungan

Rogers mendefinisikan lahan lingkungan adalah tidak terbatas dan perubahannya bersifat terbarukan secara kontinyu, tidak dapat diprediksi, dan memiliki karakteristik yang beragam. Lahan manusia dan lingkungan dikenali dari perubahan timbal balik yang terus menerus dan dimanifestasikan oleh pola-pola yang bergelombang.

4.3.7 Teori Jean Watson Tentang Transpersonal Caring

Sistem nilai yang terkandung teori Watson (1988), tentang caring pada manusia termasuk penghormatan yang mendalam terhadap keajaiban dan misteri kehidupan serta mengakui bahwa dimensi spiritual dan etika adalah elemen utama dari proses perawatan manusia. Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia.

Tolak ukur pandangan Watson ini didasari pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri (Mckenna et al, 2014).

Asumsi Utama Model Jean Watson

1. Keperawatan

Keperawatan Watson berfokus pada proses perawatan manusia dan aspek transpersonal dari *caring-healing* dalam hubungan caring transpersonal. Watson kemudian menyatakan secara eksplisit bahwa manusia tidak bisa diperlakukan sebagai objek dan bahwa manusia tidak dapat dipisahkan dari dirinya, dari orang lain, alam dan semesta. Paradigma *caring-healing* terletak di dalam sebuah

kosmologi yang bersifat metafisik dan transenden dengan manusia yang terus berkembang di alam semesta.

2. Manusia

Watson menggunakan istilah manusia, orang, kehidupan, dan diri sendiri secara bergantian, ia memandang seseorang sebagai suatu kesatuan dari pikiran, tubuh, jiwa dan alam.

3. Kesehatan

Pada awalnya definisi Watson tentang kesehatan diturunkan dari definisi World Health Organization sebagai keadaan positif dari kesejahteraan fisik, mental, dan sosial dengan meliputi tiga elemen:

- a. keadaan fisik, mental dan sosial berada pada tingkat tinggi;
- b. fungsi sehari-hari berada pada tingkat adaptif pemeliharaan;
- c. ketiadaan penyakit (atau adanya usaha untuk meniadakan penyakit).

4. Lingkungan

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

Bab 5

Struktur Keluarga

5.1 Pendahuluan

Keluarga adalah satuan unit terkecil yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang merupakan sistem sosial yang saling bergantung dan kumpulan yang saling berinteraksi antara satu dengan yang lainnya. Bentuk teori keluarga bermacam – macam dan terdiri dari beberapa bagian dan sistem. Pendekatan teori ini mengakui adanya segala keragaman dalam kehidupan sosial yang kemudian dicantumkan dalam fungsi sesuai dengan posisi seseorang dalam struktur sebuah sistem.

Teori sosial konflik proses perubahan dari tatanan sosial yang lama ke tatanan sosial yang baru yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi keluarga. Teori ekologi proses sosialisasi anggota keluarga mulai dari lingkungan besar sampai lingkungan inti pada keluarga. Teori gender adalah perbedaan peran, fungsi, status, dan tanggung jawab pada laki-laki dan perempuan sebagai hasil dari bentukan (konstruksi) sosial budaya yang tertanam lewat proses sosialisasi dalam masyarakat.

Teori perkembangan keluarga (family development theory) berusaha untuk menjelaskan proses perubahan dalam keluarga. Poin dari perspektif perkembangan keluarga adalah perubahan tingkatan keluarga dari waktu ke waktu (family time) yang dipercepat secara internal oleh permintaan anggota

keluarga (biologis, psikologis dan kebutuhan sosial) dan secara eksternal oleh masyarakat yang lebih luas (harapan masyarakat dan keterbatasan lingkungan

5.2 Definisi Keluarga dan Struktur Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil dalam lingkungan masyarakat dan Negara. Keluarga juga sebagai institusi yang penting dalam berbagai disiplin ilmu sosial termasuk sosiologi. Pada keluarga tentu adanya interaksi, interaksi dalam keluarga merupakan salah satu perhatian bagian dari sosiologi, sehingga mengamati interaksi manusia dalam keluarga dan masyarakat merupakan realitas sosial yang sangat penting (Marzali, 2018).

Keluarga memiliki struktur dan fungsi yang berhubungan erat dan terus menerus berinteraksi satu sama lainnya. Struktur didasarkan pada organisasi, yaitu perilaku anggota keluarga dan pola hubungan dalam keluarga. Hubungan yang ada dapat bersifat kompleks, misalnya seorang wanita bisa sebagai istri, sebagai ibu, menantu dan lain - lain, yang semua mempunyai kebutuhan, peran dan harapan yang berbeda. Pola hubungan itu akan membentuk kekuatan dan struktur peran dalam keluarga. Struktur keluarga dapat diperluas untuk merespons stressor yang ada dalam keluarga, struktur keluarga yang sangat kaku atau fleksibel dapat mengganggu atau merusak fungsi keluarga (Pustikasari A, 2015).

Struktur keluarga merupakan hubungan yang erat dan terjadi interaksi yang terus menerus antara satu dengan yang lainnya. Strukturnya didasarkan pada keanggotaan organisasi dan pola hubungan yang berkesinambungan. Hubungan bisa banyak dan kompleks, misalnya seorang wanita bisa menjadi istri, sebagai ibu, sebagai menantu, yang semuanya memiliki kebutuhan, peran, dan harapan yang berbeda. Struktur keluarga dapat diperluas dan dipersempit tergantung pada kemampuan keluarga dalam merespons stressor dalam keluarga

Fungsi keluarga yang berhubungan dengan struktur adalah struktur egalitisasi yaitu masing - masing keluarga mempunyai hak yang sama dalam menyampaikan pendapat, struktur yang hangat, menerima dan toleransi, struktur yang terbuka yang mendorong kejujuran dan kebenaran, struktur yang

kaku yaitu suka melawan dan tergantung pada peraturan, Struktur yang bebas, tidak adanya peraturan yang memaksakan, struktur yang kasar, menyiksa kejam dan kasar, suasana emosi yang dingin, isolasi dan sukar berteman dan disfungsi individu serta emosional (Pustikasari A. 2015).

Teori struktural fungsional salah satu teori yang melandasi studi keluarga adalah teori struktural fungsional atau teori sistem. Pendekatan teori sosiologi struktural fungsional biasa digunakan oleh Spencer dan Durkheim yang menyangkut struktur (aturan pola sosial) dan fungsinya dalam masyarakat. Konsep struktur sosial meliputi bagian-bagian dari sistem dengan cara kerja pada setiap bagian yang terorganisir. Pendekatan teori ini mengakui adanya segala keragaman dalam kehidupan sosial yang kemudian di akomodasi dalam fungsi sesuai dengan posisi seseorang dalam struktur sebuah sistem. (Puspitawati, 2013)

Persyaratan struktural yang harus dipenuhi oleh keluarga agar dapat berfungsi menurut (Friedman Bowden, V.R., & Jones, E.G.(2013) yaitu meliputi:

1. Diferensiasi peran yaitu alokasi peran atau tugas dan aktivitas yang harus dilakukan oleh seluruh anggota keluarga. Pembagian diferensiasi peran tersebut dapat dibagi berdasarkan umur, gender, generasi, posisi status ekonomi dan politik dari masing-masing anggota keluarga. Contohnya “ Seorang ayah lebih kuat dibandingkan dengan anak laki lakinya karena anak usia anak laki-laki lebih muda, sehingga ayah akan diberikan peran sebagai pemimpin dalam keluarga.
2. Alokasi solidaritas yang menyangkut distribusi relasi antar anggota keluarga. Distribusi solidaritas dalam anggota keluarga cinta, kekuatan dan intensitas dalam hubungan. Hubungan antar anggota dapat digambarkan dengan cinta dan kepuasan anggota keluarga. Contohnya, keterikatan emosi antara ibu dengan anaknya.
3. Alokasi ekonomi yang menyangkut distribusi barang dan jasa antar anggota keluarga untuk mencapai tujuan keluarga, Distribusi barang-barang dan jasa ini untuk memperoleh hasil yang diinginkan. Diferensiasi tugas dalam hal ini dapat terlihat dalam hal produksi, distribusi, dan konsumsi barang dan jasa dalam keluarga.

4. Alokasi politik yang menyangkut distribusi kekuasaan dalam keluarga.
5. Alokasi integrasi dan ekspresi yaitu meliputi cara atau teknik sosialisasi internalisasi maupun pelestarian nilai-nilai maupun perilaku pada setiap anggota keluarga dalam memenuhi tuntutan norma-norma yang berlaku.

Teori struktural - fungsional mengasumsikan bahwa suatu keluarga terdiri dari bagian yang saling memengaruhi satu sama lain. Kemampuan struktur keluarga dapat berfungsi secara efektif pada keluarga inti yang tersusun dari seorang laki-laki sebagai pencari nafkah dan perempuan sebagai ibu rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan anggota dan ekonomi industri baru.

Pendekatan teori struktural fungsional berfungsi dalam menganalisis peran keluarga agar dapat berfungsi dengan baik, hal ini bertujuan untuk menjaga keutuhan keluarga dan masyarakat. Individu yang menjadi komponen dari sebuah struktur sosial bukanlah dilihat dari sudut biologis, tapi dilihat dari person yang menduduki posisi, atau status, di dalam struktur sosial tersebut, (Marzali, 2018).

Manusia sebagai organisme biologis tidak menjadi perhatian dalam ilmu sosial, akan tetapi yang menjadi perhatian dalam ilmu sosial adalah status sosial. Contohnya manusia yang berhubungan dengan orang lain dalam kapasitasnya dalam sosial, misalnya sebagai ayah, ibu, buruh, majikan, penjual, pembeli, dan seterusnya.

Secara umum dapat dikatakan bahwa sebuah struktur sosial adalah sebuah "*the whole*" (kebulatan/keseluruhan) yang terdiri atas "*the parts*" (komponen - komponen), dan komponen - komponen ini terjaring dalam "suatu hubungan yang tersusun dan tahan lama (Marzali, 2018). Komponen - komponen utama sistem sosial terdiri dari peran, norma dan nilai.

Keluarga merupakan sebagai sistem sosial memiliki dasar psikologis suatu sistem sosial yang meliputi tingkah laku peran para anggota di dalam keluarga, norma yang menjadi pedoman tingkah laku dan nilai yang mendasari norma tersebut. Peran memberikan bentuk tingkah laku yang spesifik yang berkaitan dengan tugas anggota keluarga.

Peran merupakan pola tingkah laku yang menjadi syarat bagi semua orang yang ikut ambil bagian dalam suatu hubungan fungsional tertentu (Marzali,

2018) Peran sangat penting dalam suatu keluarga, hal ini dapat dilihat pada kasus peran ibu dalam keluarga.

Hasil penelitian Martinus, et al., (2019) Perilaku seksual remaja pada ibu bekerja memiliki perilaku menyimpang. Perilaku seksual remaja pada ibu tidak bekerja memiliki perilaku seksual tidak menyimpang. Hal ini disebabkan karena ibu yang tidak bekerja memiliki waktu yang lebih banyak untuk mengawasi anaknya, dan meluangkan waktu Bersama anaknya sehingga anak akan lebih nyaman dalam bercerita kepada ibu. Tetapi sebaliknya dengan ibu yang bekerja waktu yang digunakan dan untuk menemani anaknya lebih sedikit.

Berdasarkan penelitian Marzali, A. (2018) Peran ibu sangat dibutuhkan dalam perkembangan emosional anak karena pada dasarnya ibu memiliki ikatan emosional dengan anak. Hal ini membuktikan bahwa peran ibu di dalam keluarga sangat penting untuk perkembangan anak. Komunikasi dalam keluarga sangat penting untuk mendorong anak agar giat dalam belajar.

Adanya kasih sayang dan perhatian dari orang tua besar pengaruhnya dalam perkembangan seorang anak, semangat dan motivasi belajar anak akan tumbuh baik dan komunikasi orang tua dan anak yang saling terbuka, dan jujur membuat anak dapat menuangkan isi hatinya melalui percakapan dengan orang tua sehingga persoalan atau kesulitan anak menjadi berkurang begitu sebaliknya orang tua pun mengetahui permasalahan yang sedang dihadapi oleh anak. Jika orang tua terampil dalam berkomunikasi dengan anaknya maka dapat memberikan pengaruh pada perkembangan kepribadian seorang anak (Sinaga, Muhariati dan Kenty, 2017).

Penerapan teori Struktural Fungsional dalam konteks keluarga terlihat dari struktur dan aturan yang ditetapkan. Keluarga adalah unit universal yang memiliki peraturan, seperti peraturan untuk anak-anak agar dapat belajar untuk mandiri. Tanpa aturan atau fungsi yang dijalankan oleh unit keluarga, maka unit keluarga tersebut tidak memiliki arti (meaning) yang dapat menghasilkan suatu kebahagiaan.

Bahkan dengan tidak adanya peraturan maka akan tumbuh atau terbentuk suatu generasi penerus yang tidak mempunyai kreasi yang lebih baik dan akan mempunyai masalah emosional serta hidup tanpa arah. (Sinaga, Muhariati dan Kenty, 2017).

Struktur keluarga menurut Friedman Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2013) terdiri dari:

Struktur Pola dan Proses Komunikasi.

Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak berfungsi, hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi. Pola komunikasi keluarga merupakan karakteristik, pola interaksi sirkuler yang berkesinambungan yang menghasilkan arti dari transaksi antara anggota keluarga (Pustikasari A 2015) yang terpenting pola komunikasi melalui interaksi yang dapat memenuhi kebutuhan afektif keluarga.

Kemampuan anggota keluarga mengenal dan merespons pesan non verbal merupakan aspek penting pada keluarga yang sehat. Kebanyakan komunikasi terjadi dalam suatu sub sistem (orang tua-anak, pasangan-orang tua, dewasa dan saudara kandung), membuat analisis komunikasi sub sistem dalam keluarga mengenai minat utama. Sifat pertama dari keluarga yang sehat adalah komunikasi yang jelas dan kemampuan untuk saling mendengarkan.

Komunikasi yang baik diperlukan untuk menumbuhkan dan mempertahankan hubungan saling mencintai. Struktur peran. Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat (Friedman Bowden, V.R., & Jones, E.G.(2013).

Struktur Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Apa yang dimaksud dengan posisi atau status adalah kedudukan seseorang dalam masyarakat, misalnya status sebagai istri, suami, atau anak.

Pembagian peran adalah partisipasi dua orang atau lebih dalam peran yang sama meskipun mereka memegang posisi yang berbeda. Terdapat pembagian peran yang luas pada sebagian keluarga saat ini. Melalui sosialisasi, anggota keluarga mendapat sebuah peran. Melalui peran - peran tersebut mereka dapat berfungsi dan berinteraksi dengan orang lain.

Pembagian peran adalah partisipasi dua orang atau lebih dalam peran yang sama meskipun mereka memegang posisi yang berbeda. Terdapat pembagian peran yang luas pada sebagian keluarga saat ini. Melalui sosialisasi, anggota keluarga mendapat sebuah peran. Melalui peran –peran tersebut mereka dapat berfungsi dan berinteraksi dengan orang lain.

Struktur Kekuatan/Kekuasaan

Kekuatan merupakan kemampuan (potensial dan aktual) dari individu untuk mengendalikan atau memengaruhi untuk merubah perilaku orang lain ke arah yang positif. Kekuasaan keluarga terutama dengan memfokuskan pembuatan keputusan. Pembuatan keputusan berkenaan dengan proses yang diarahkan pada pencapaian persetujuan dan komitmen dari anggota keluarga untuk melaksanakan serangkaian tindakan atau mempertahankan status quo, dengan kata lain yaitu berarti membuat sesuatu tercapai. Kekuasaan dimanifestasikan melalui keputusan keluarga. (Pustikasari A 2015)

Struktur peran keluarga menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informal (Friedman Bowden, V.R., & Jones, E.G. 2013):

1. Struktur peran formal

Posisi dan peran formal yang telah terpenuhi dan gambaran keluarga dalam melaksanakan peran tersebut. Bagaimana peran tersebut dapat diterima dan konsisten dengan harapan keluarga, apakah terjadi konflik peran dalam keluarga. Bagaimana keluarga melakukan setiap peran secara kompeten. Bagaimana fleksibilitas peran saat dibutuhkan

2. Struktur peran informal

Peran-peran informal dan peran-peran yang tidak jelas yang ada dalam keluarga, serta siapa yang memainkan peran tersebut dan berapa kali peran tersebut sering dilakukan secara konsisten. Identifikasi tujuan dari melakukan peran informal, ada tidaknya peran difungsional serta bagaimana dampaknya terhadap anggota keluarga

3. Analisa model peran

Siapa yang menjadi model yang dapat memengaruhi anggota keluarga dalam kehidupan awalnya, memberikan perasaan dan nilai-nilai tentang perkembangan, peran-peran dan teknik komunikasi. Siapa yang secara spesifik bertindak sebagai model peran bagi pasangan dan sebagai orang tua.

Variabel-variabel yang memengaruhi struktur peran:

- a. pengaruh-pengaruh kelas sosial: bagaimana latar belakang kelas sosial memengaruhi struktur peran formal dan informal dalam keluarga;
- b. pengaruh budaya terhadap struktur peran;
- c. pengaruh tahap perkembangan keluarga terhadap struktur peran;
- d. bagaimana masalah kesehatan memengaruhi struktur peran.

Struktur Kekuatan keluarga

Struktur Kekuatan/kekuasaan. Kekuatan merupakan kemampuan (potensial dan aktual) dari individu untuk mengendalikan atau memengaruhi untuk merubah perilaku orang lain ke arah yang positif. Kekuasaan keluarga terutama dengan memfokuskan pembuatan keputusan.

Pembuatan keputusan berkaitan dengan proses yang diarahkan pada pencapaian persetujuan dan komitmen dari anggota keluarga untuk melaksanakan serangkaian tindakan atau mempertahankan status, dengan kata lain yaitu berarti membuat sesuatu tercapai. Kekuasaan dimanifestasikan melalui keputusan keluarga (Friedman Bowden, V.R., & Jones, E.G, 2013).

Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk memengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan:

1. Kekuatan

Kemampuan (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau memengaruhi dan merubah perilaku orang lain ke arah positif.

2. Kekuasaan

Kekuasaan adalah kewenangan yang didapatkan oleh seseorang atau kelompok guna menjalankan kewenangan tersebut sesuai dengan kewenangan yang diberikan, kewenangan tidak boleh dijalankan melebihi kewenangan yang diperoleh atau kemampuan seseorang atau kelompok untuk memengaruhi tingkah laku orang atau kelompok lain sesuai dengan keinginan dari pelaku. Dikutip oleh Friedmanan (2010), kekuasaan didefinisikan dengan kemampuan,

baik kemampuan potensial maupun aktual dari seorang individu untuk mengontrol memengaruhi dan merubah tingkah laku seseorang.

3. Komponen kekuasaan keluarga

Pengaruh tingkat penggunaan tekanan formal maupun informal oleh seorang anggota keluarga terhadap orang lain dan berhasil dalam memaksakan pandangan orang tersebut pengambilan keputusan proses pencapaian persetujuan dan komitmen anggota keluarga untuk melakukan serangkaian tindakan dengan kata lain sebagai alat untuk menyelesaikan segala sesuatu. Struktur keluarga ini nantinya perlu dikaji oleh perawat yang memberikan asuhan.

Struktur Nilai Keluarga

Nilai adalah sistem, sikap dan keyakinan yang secara sadar atau tidak sadar mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai-nilai keluarga juga menjadi pedoman perilaku dan pedoman bagi pengembangan norma dan peraturan. Norma adalah pola perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Budaya adalah kumpulan pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagikan, dan diteruskan untuk memecahkan masalah

Struktur nilai keluarga menurut (Friedman Bowden, V.R., & Jones, E.G, 2013) adalah:

1. Pemakaian nilai-nilai yang dominan dalam keluarga.
2. Kesesuaian nilai keluarga dengan masyarakat sekitarnya.
3. Kesesuaian antara nilai keluarga dan nilai sub sistem keluarga.
4. Identifikasi sejauh mana keluarga menganggap penting nilai-nilai keluarga serta kesadaran dalam menganut sistem nilai.
5. Identifikasi konflik nilai yang menonjol dalam keluarga.
6. Pengaruh kelas sosial, latar belakang budaya dan tahap perkembangan keluarga terhadap nilai keluarga.

Berdasarkan kemampuan keluarga untuk pemenuhan kebutuhan dasar, kebutuhan psikososial, kemampuan memenuhi ekonominya, dan aktualisasi keluarga di masyarakat, serta memperhatikan perkembangan negara Indonesia

menuju Negara industri, Indonesia menginginkan terwujudnya Keluarga Sejahtera.

Di Indonesia keluarga dikelompokkan menjadi lima tahap, yaitu:

1. Keluarga Pra Sejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal, yaitu kebutuhan pengajaran agama, pangan, sandang, papan, dan kesehatan, atau keluarga yang belum dapat memenuhi salah satu indikator Keluarga Sejahtera Tahap I.
2. Keluarga Sejahtera Tahap I (KS I) adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial dan psikolog, yaitu kebutuhan pendidikan, Keluarga Berencana (KB), interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal, dan transportasi.
3. Keluarga Sejahtera Tahap II (KS II) adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologisnya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan perkembangan, yaitu kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.
4. Keluarga Sejahtera Tahap III (KS III) adalah keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, kebutuhan sosial psikologis, dan kebutuhan pengembangan, tetapi belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi) yang maksimal terhadap masyarakat secara teratur (dalam waktu tertentu) dalam bentuk material dan keuangan untuk sosial kemasyarakatan, juga berperan serta secara aktif dengan menjadi pengurus lembaga kemasyarakatan atau yayasan sosial, keagamaan, kesenian, olahraga, pendidikan, dan lain sebagainya.
5. Keluarga Sejahtera Tahap III Plus (KS III Plus) adalah keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhannya, baik yang bersifat dasar, sosial psikologis, maupun pengembangan, serta telah mampu memberikan sumbangan yang nyata dan berkelanjutan bagi masyarakat.

Bab 6

Fungsi Keluarga

6.1 Pendahuluan

Keluarga merupakan kelompok yang mempunyai peranan yang amat penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi dan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga. Sesungguhnya bentuk, siklus, dan fungsi keluarga secara keseluruhan mempunyai pengaruh yang amat besar terhadap kesehatan setiap anggota keluarga. Baik kesehatan fisik maupun mental. Sebaliknya keadaan kesehatan juga berpengaruh terhadap bentuk, siklus, dan fungsi keluarga (Azwar, 1997).

Mubarak (2009) keluarga mendefinisikan keluarga sebagai perkumpulan dua atau lebih individu yang terikat oleh hubungan perkawinan, hubungan darah, ataupun adopsi, dan setiap anggota keluarga saling berinteraksi satu dengan lainnya.

Fungsi dan peran keluarga merupakan hal penting yang harus dijalankan dan dipatuhi oleh setiap anggotanya. Jika salah satu anggota keluarga terkendala atau tidak taat, organisasi keluarga akan terhambat. Hal ini akan berakibat buruk atau tertundanya tujuan yang sudah direncanakan. Misalnya seorang anak yang sedang sekolah, maka ia harus merampungkan sekolahnya tersebut.

Namun jika ia tidak taat, mungkin karena sering membolos sekolah, menjadikannya tidak naik kelas. Hal ini tentu menghambat tujuan keluarga

tersebut yang ingin menjadikan anaknya pandai dalam bidang akademik (Bakri, 2017).

Struktur dan fungsi merupakan hubungan yang dekat dan adanya interaksi yang terus menerus antara dan satu dan yang lainnya (Nadirawati, 2018). Kemampuan untuk mengatur dan atau melaksanakan pembagian tugas oleh setiap anggota keluarga pada dasarnya merupakan salah satu faktor yang menentukan baik atau tidaknya struktur dan fungsi yang dimiliki oleh setiap keluarga.

Pada bab ini akan dijabarkan lebih dalam tentang konsep fungsi keluarga secara umum, fungsi keluarga berdasarkan beberapa pendapat ahli dan APGAR skor keluarga

6.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan ukuran dari bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga, dan kualitas hubungan keluarga. Fungsi keluarga memengaruhi kapasitas kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga (Families, 2010).

Aspek fungsional keluarga adalah usaha untuk membentuk ikatan keluarga yang intim, interaktif, dan saling ketergantungan yang memiliki nilai-nilai, tujuan, sumber, tanggung jawab, dan keputusan sepanjang waktu (Steinmetz, Clavan, & Stein, 1990).

Menurut Denham (2003) fungsi keluarga juga terdapat pada setiap individu dalam keluarga. Tidak hanya di dalam rumah, melainkan juga interaksinya dengan lingkungan yang dinamis.

6.2.1 Fungsi Keluarga Menurut Para Ahli

Fungsi Keluarga menurut Effendy (1998)

Effendy (1998) dalam Dion dan Betan, (2013) menguraikan 3 fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarga lainnya.

1. Asih

Memberikan kasih sayang, perhatian, perasaan aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya. Fungsi sosialisasi: keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme coping; memberikan feedback; dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.

2. Asuh

Memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga mereka tumbuh menjadi anak-anak yang sehat, baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

3. Asah

Memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga mereka siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

Fungsi Keluarga Menurut Friedman (1998)

Friedman (1998) mengelompokkan fungsi pokok keluarga dalam lima poin yaitu fungsi reproduktif, sosialisasi, afektif, ekonomi, dan perawatan kesehatan.

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, rasa dimiliki dan memiliki, rasa berarti serta merupakan sumber kasih sayang. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi fungsi afektif adalah:

- a. Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat kasih sayang dan dukungan, maka kemampuannya untuk memberi akan meningkat sehingga tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan yang baik dalam keluarga tersebut

- akan menjadi dasar dalam membina hubungan dengan orang lain di luar keluarga.
- b. Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif di mana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya.
 - c. Ikatan dan identifikasi, ikatan ini mulai sejak pasangan sepakat hidup baru. Kemudian dikembangkan dan disesuaikan dengan berbagai aspek kehidupan dan keinginan yang tidak dapat dicapai sendiri, misalnya mempunyai anak. Hubungan selanjutnya akan dikembangkan menjadi hubungan orang tua anak dan antar anak melalui proses identifikasi. Proses identifikasi merupakan Inti ikatan kasih sayang, Oleh karena itu perlu diciptakan proses identifikasi yang positif di mana anak meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Sering perceraian, kenalan anak atau masalah keluarga lainnya timbul akibat fungsi afektif keluarga yang tidak terpenuhi.

2. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial (Gegas, 1979 dan Friedman, 1998), sedangkan Soekanto (2000) mengemukakan bahwa sosialisasi adalah suatu proses di mana anggota masyarakat yang baru mempelajari norma-norma masyarakat di mana dia menjadi anggota.

Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat di mana individu melakukan sosialisasi. Tahap perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai/norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat.

3. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit dapat terkontrol. Namun disisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau di luar ikatan perkawinan sehingga lahirnya keluarga baru dengan satu orang tua (single parent).

4. Fungsi ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga di bawah garis kemiskinan (Gakin atau pra keluarga sejahtera). Perawat berkontribusi untuk mencari sumber-sumber di masyarakat yang dapat digunakan keluarga meningkatkan status kesehatan mereka.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional. Kemampuan ini sangat memengaruhi status kesehatan individu dan keluarga.

Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dan tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga tersebut adalah (Frieman, 1998):

1. mengenai masalah Kesehatan;
2. mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat;
3. memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit;
4. mempertahankan suasana rumah yang sehat;
5. menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Kelima tugas kesehatan tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga. Perawat perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik, selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

Fungsi Keluarga Menurut BKKN (1992)

BKKN (1992) juga menjelaskan beberapa fungsi keluarga. Hal ini disesuaikan dengan kondisi dan situasi yang dihadapi oleh masyarakat Indonesia, sehingga perlu ditambahkan fungsi keluarga berupa fungsi pendidikan, fungsi budaya, fungsi agama, fungsi cinta kasih, fungsi perlindungan, dan fungsi pelestarian lingkungan. Hal ini sesuai dengan fungsi keluarga menurut Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1994.

1. Fungsi pendidikan

Keluarga memiliki kewajiban mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Maka sejak dini, anak sudah harus dikenalkan dengan berbagai pendidikan positif demi membentuk perilaku dan karakternya. Dalam hal ini pendidikan keluarga harus didukung dengan memberikan pengalaman sekolah kepada anak. Dengan demikian, anak akan memiliki pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai bakat dan minat yang dimilikinya.

2. Fungsi budaya

Setiap wilayah, memiliki tradisi atau budaya yang dipegang oleh masyarakatnya. Maka tugas keluarga adalah memberikan pemahaman kepada anggota keluarga, untuk dapat memahami budaya di sekitarnya. Selain memberikan pemahaman, keluarga juga bertugas untuk menyaring budaya baru atau luar yang masuk. Oleh sebab itu, keluarga harus dapat menjelaskan dan mendiskusikan kepada anggota keluarga, terutama anak, supaya tidak terjerumus pada budaya yang tidak diinginkan.

3. Fungsi agama

Masyarakat kita, dilihat dari dasar negara, adalah masyarakat yang memegang teguh ajaran-ajaran agama. Oleh sebab itu, keluarga memiliki fungsi untuk memberikan pemahaman kepada anak-anak mereka mengenai nilai-nilai agama yang dianutnya. Tidak hanya

sebatas pemahaman konsep keagamaan, melainkan juga harus memberikan praktik secara langsung, yang dapat diteladani oleh anak.

4. Fungsi cinta kasih

Keluarga berfungsi untuk memberikan pembelajaran kepada anggota keluarganya akan arti cinta kasih. Terutama adalah orang tua yang harus memberikan contoh bagaimana sikap saling menyayangi, menghargai, mengasihi, dan mencintai sehingga tumbuh perasaan nyaman berada di rumah. Penerapan fungsi ini juga penting sebagai bekal mengasah perasaan cinta kasih anggota keluarga di luar rumah.

5. Fungsi perlindungan

Fungsi ini menegaskan bahwa keluarga merupakan tempat berlindung, yang dapat memberikan rasa aman, baik ketika berada di dalam rumah maupun di luar rumah, baik fisik maupun psikis, bagi anggotanya.

6. Fungsi pelestarian lingkungan

Manusia hidup tidak terlepas dari lingkungan. Maka melestarikan lingkungan menjadi hal yang penting demi keselamatan bersama. Untuk itulah, fungsi keluarga adalah membangun kesadaran, sikap, dan praktik kepada anak untuk menjaga lingkungan tetap lestari.

Fungsi Keluarga Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003)

Friedman, Bowden, & Jones (2003) fungsi keluarga yang berhubungan dengan struktur keluarga adalah sebagai berikut:

1. Struktur egalitisasi: masing-masing keluarga mempunyai hak yang sama dalam menyampaikan pendapat (demokrasi).
2. Struktur yang hangat, menerima dan toleransi.
3. Struktur yang terbuka, dan anggota yang terbuka: mendorong kejujuran dan kebenaran (honesty and authenticity).
4. Struktur yang kaku: suka melawan dan tergantung pada peraturan.
5. Struktur yang bebas: tidak adanya peraturan yang memaksakan (permissiveness).
6. Struktur yang kasar: abuse (menyiksa, kejam, dan kasar).

7. Suasana emosi yang dingin (isolasi, sukar berteman).
8. Disorganisasi keluarga (disfungsi individu, stres emosional).

Fungsi Keluarga Menurut Allender & Spradley (2001)

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

6.2.2 Pengukuran Fungsi Keluarga

Pengukuran fungsi keluarga dapat diukur dengan menggunakan ;

APGAR family (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve)

Diciptakan oleh Smilkstein untuk mengetahui fungsi keluarga secara cepat. Merupakan instrumen skrening untuk disfungsi keluarga dan mempunyai reliabilitas dan validitas yang adekuat untuk mengukur tingkat kepuasan

mengenai hubungan keluarga secara individual, juga beratnya disfungsi keluarga. Bila pertanyaan dijawab sering / selalu nilai 2, kadang-kadang nilai 1, jarang / tidak nilai 0.

Bila hasil penjumlahan kelima nilai diatas adalah antara:

- 7-10: fungsi keluarga baik
- 4-6: fungsi keluarga kurang baik
- 0-3: fungsi keluarga tidak baik.

Dengan metode APGAR keluarga tersebut dapat dilakukan penilaian terhadap 5 fungsi pokok keluarga secara cepat dan dalam waktu yang singkat. Adapun 5 fungsi pokok keluarga yang dinilai dalam APGAR keluarga (Azwar, 1997) yaitu:

1. Adaptasi (Adaptation)
Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima yang diperlukan dari anggota keluarga lainnya.
2. Kemitraan (Partnership)
Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap komunikasi dalam keluarga, musyawarah dalam mengambil keputusan atau dalam penyelesaian masalah yang dihadapi dalam keluarga.
3. Pertumbuhan (Growth)
Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam mematangkan pertumbuhan dan kedewasaan setiap anggota keluarga.
4. Kasih Sayang (Affection)
Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang terjalin dalam keluarga.
5. Kebersamaan (Resolve)
Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan, dan ruang antar keluarga.

SCREEM (Social Cultural Religion Economic Education Medical).

Jika APGAR family untuk melihat fungsi keluarga secara fisiologis, maka SCREEM adalah untuk melihat fungsi keluarga secara patologis.

1. Apakah antara anggota keluarga saling memberi perhatian, saling membantu kalau ada kerepotan masing-masing?
2. Apakah interaksi dengan tetangga sekitarnya juga berjalan baik dan tidak ada masalah (Social)?
3. Apakah keluarga puas terhadap budaya yang berlaku di daerah itu (Culture)?
4. Apakah keluarga taat dalam beragama (Religion)?
5. Apakah status ekonomi keluarga cukup (Economic)?
6. Apakah pendidikan tergolong cukup (Education)?
7. Apakah dalam mencari pelayanan kesehatan mudah dan ada alat transportasi (Medical) (Lao, L.F.,et al., 2003)?

Bab 7

Stres dan Koping Keluarga

7.1 Pendahuluan

Banyaknya permasalahan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari membuat seseorang atau keluarga menjadi kebingungan dan stres (Maryam, 2017). Stres dalam keluarga secara konstan membuat keluarga menghadapi kebutuhan untuk memodifikasi persepsi dan kehidupan mereka. Stimulus perubahan ini berasal dari dalam dan dari luar.

Kebutuhan perkembangan semua anggota keluarga yang normal dan secara berkelanjutan akan berkembang, selain adanya situasi yang tidak diharapkan yang melibatkan anggota keluarga sehingga menuntut internal untuk berubah. Stimulus eksternal terhadap perubahan berasal dari perubahan masyarakat saat masyarakat berinteraksi dengan keluarga selama siklus kehidupan keluarga.

Definisi Stres

Stres adalah fenomena yang memengaruhi semua dimensi dalam kehidupan seseorang (Potter, 2005). Stres juga berarti respons atau keadaan ketegangan yang disebabkan oleh stresor atau tuntutan aktual yang dirasakan yang tetap tidak teratas (Friedman, 2010). Sedangkan stres merupakan keadaan tegang akibat stres atau oleh tuntutan yang belum tertangani. Stres dalam keluarga sulit diukur (Padila, 2012).

Stres merupakan ketegangan dalam seseorang atau sistem sosial dan merupakan reaksi terhadap situasi yang menimbulkan tekanan (Friedman, 2010). Sedangkan (Nadirawaty, 2018) menjelaskan bahwa stres adalah respons atau keadaan yang dihasilkan oleh stresor atau tuntutan-tuntutan nyata yang belum tertangani. Berdasarkan beberapa pengertian stres maka dapat disimpulkan bahwa stres merupakan reaksi atau respons ketegangan yang dirasakan oleh seseorang atau keluarga yang dapat menyebabkan tekanan dalam diri seseorang atau sistem keluarga.

Jenis Stres

Savitri (2011) menyatakan terdapat dua jenis stres yaitu stres baik dan stres buruk. Dikatakan stres baik apabila seseorang mencoba untuk memenuhi 11 tuntutan untuk menjadikan dirinya sendiri atau orang lain untuk sesuatu yang berharga dan baik. Stres yang baik akan memberikan kesempatan untuk berkembang dan memaksa seseorang untuk mencapai usaha atau performanya yang lebih tinggi. Stres baik terjadi apabila setiap stimulus yang mempunyai arti sebagai hal yang memberikan pelajaran bagi kita dan bukan sebuah tekanan (Nasir, 2011).

Eustres atau stres baik adalah apabila stres dianggap sebagai sebuah motivasi yang positif. Stres baik disebut juga sebagai stres yang positif apabila suatu kondisi atau situasi apapun yang menurut kita dapat memotivasi atau memberikan inspirasi. Stres positif adalah sisi yang menyenangkan dari stres yang disebabkan oleh beberapa hal yang baik seperti mendapatkan penghargaan.

Disebut stres buruk atau distres karena jenis stres tersebut bersifat negatif dan dapat membuat seseorang menjadi bingung, cemas, merasa bersalah, kewalahan, marah dan tegang. Distres dihasilkan dari sebuah proses yang memaknai sesuatu yang buruk, sehingga respons yang digunakan negatif dan dapat diartikan sebagai ancaman (Nasir, 2011).

Stres negatif adalah stres yang disebabkan oleh pengalaman buruk dan memiliki efek berbahaya dan mungkin bisa disertai dengan kelelahan, dan sering mengakibatkan gangguan psikologis.

7.2 Stresor Keluarga

Stresor adalah agen pemrakarsa atau pencetus yang mengaktifkan proses stres (Friedman, 2010). Sedangkan (Padila, 2012) menyatakan bahwa stresor merupakan agen-agen pencetus atau penyebab stres. Dalam keluarga stresor biasanya berkaitan dengan kejadian-kejadian dalam hidup yang cukup serius yang menimbulkan perubahan dalam sistem keluarga, dapat berupa kejadian atau pengalaman antar pribadi (dalam atau luar keluarga), lingkungan, ekonomi serta sosial budaya dan persepsi keluarga terhadap kejadian.

Stresor dalam keluarga adalah agen pencetus yang mengaktifkan stres dalam keluarga yang merupakan peristiwa hidup atau kejadian yang cukup kuat untuk menyebabkan perubahan dalam sistem keluarga Hill, 1949 dalam (Friedman, 2010). Stresor keluarga dapat berupa peristiwa atau pengalaman interpersonal (di dalam atau di luar keluarga), lingkungan, ekonomi, atau sosial budaya. Stresor tersebut yang terjadi di luar jadwal atau tidak selaras dengan harapan kronologis atau sosial budaya. Akumulasi (tumpukan) dan besarnya stresor dalam kehidupan keluarga memberikan perkiraan jumlah stres yang dialami keluarga Olson et, al, 1983 dalam (Friedman, 2010).

Berdasarkan pengertian stresor keluarga yang telah dijabarkan maka stresor merupakan pencetus atau faktor-faktor pencetus yang memicu terjadinya stres atau dengan kata lain stresor keluarga adalah penyebab atau faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya tekanan dalam keluarga.

Begini banyak perubahan dan stresor yang dihadapi oleh keluarga dari waktu ke waktu. Minuchin,1974 dalam(Padila, 2012) menjelaskan bahwa sumber dasar stres terdiri dari empat sumber yaitu kontak penuh stres dari anggota keluarga dengan kekuatan di luar keluarga, kontak penuh stres seluruh keluarga dengan kekuatan di luar keluarga, stresor tradisional seperti lahirnya bayi, tumbuh remaja, perkawinan, single parent, masuknya kakek/nenek, keluarnya anak dewasa muda dan hilangnya pasangan, serta stresor tradisional.

Dalam perjalannya stres dan coping mengalami 3 periode, yaitu periode *antestress*, yaitu masa sebelum melakukan konfrontasi yang sebenarnya terhadap stresor. Periode *stress actual*, yakni strategi adaptif selama masa stres dan periode pasca stres, yaitu strategi coping yang digunakan setelah periode stres, yaitu strategi untuk mengembalikan keluarga dalam keadaan yang homeostatis. Dampak stresor pada keluarga dapat berupa rusaknya keluarga, perceraian atau kematian.

7.2.1 Reaksi Terhadap Stres

Stresor yang dialami oleh seseorang maupun keluarga akan memberikan dampak atau respons pada diri seseorang dalam keluarga tersebut yang berupa stres. Seseorang anggota keluarga akan merasakan stres yang sedang dihadapi oleh keluarganya. Pengukuran stres dilakukan dengan mengkaji stresor yang dialami oleh keluarga kemudian dikaji apakah berpengaruh terhadap keluarga dengan mengkaji perubahan yang terjadi. Stres yang dialami oleh keluarga juga akan menimbulkan perubahan-perubahan pada seseorang.

Hawari (2013) menjelaskan terdapat beberapa perubahan yang bisa terjadi pada seseorang yang mengalami stres, antara lain:

1. Perubahan fisik, seperti rambut yang semula hitam menjadi kecokelat-cokelatan atau berwarna putih (beruban) sebelum waktunya, rambut rontok, ketajaman membaca menurun, tinnitus/telinga berdenging, daya ingat menurun, pelupa, sering mengeluh sakit kepala, ekspresi wajah tampak tegang, dahi berkerut, sukar tersenyum, mulut dan bibir terasa kering, keringat berlebih, kulit terasa panas dingin, terjadi penyempitan jalan nafas, jantung berdebar-debar, jari kaki dingin dan seperti kesemutan, lambung terasa mual, terkadang mengalami diare bahkan konstipasi, frekuensi Buang Air Besar (BAB) lebih sering dari biasanya, otot terasa tegang dan seperti ditusuk-tusuk, dan libido mengalami gangguan yaitu meningkat atau menurun
2. Respons afektif dan perilaku, seperti ansietas/kecemasan, depresi, kepenatan, mengonsumsi minuman keras dan merokok berlebihan tidak seperti biasanya, perubahan dalam kebiasaan makan seperti diet ketat atau frekuensi makan meningkat, tidur, dan pola aktivitas, perasaan tidak adekuat yaitu kesulitan dalam mengambil keputusan, kehilangan harga diri seperti bersikap kurang jujur dan mengabaikan nilai-nilai etika, adanya peningkatan kepekaan seperti membesarkan masalah kecil dan menjadi berlebihan. Serta kehilangan motivasi seperti mudah murung, sedih, dan putus asa, mengalami ledakan emosional atau mudah marah, mudah tersinggung dan menangis, mengalami penurunan produktivitas dan kualitas kinerja pekerjaan seperti melakukan kekeliruan padahal semula adalah seseorang yang

teliti dan dapat dipercaya, cenderung melakukan kesalahan, lari dari tanggung jawab, menjadi orang yang pelupa, mengalami gangguan tidur bahkan sering mimpi buruk, ketidakmampuan berkonsentrasi pada tugas, dan terjadi kehilangan minat.

7.2.2 Krisis Keluarga

Sebuah krisis timbul karena sumber-sumber dan strategi adaptif tidak secara efektif mengatasi stresor. Krisis keluarga diartikan sebagai suatu keadaan atau kekacauan dalam keluarga yang penuh dengan stres tanpa ada penyelesaian masalah. Paterson mengemukakan krisis keluarga sebagai akibat ketidakseimbangan antara permintaan dan sumber-sumber atau upaya coping. Keadaan krisis keluarga dicirikan oleh ketidakstabilan atau kesemrawutan keluarga, keluarga menjadi tidak nyaman, perlu bantuan lebih dari normal dan anggota keluarga bersifat reseptif pada informasi (Padila, 2012).

Krisis merupakan suatu keadaan dalam kehidupan keluarga yang penuh dengan stres atau rentetan kejadian yang sangat menuntut sumber-sumber keluarga, kemampuan coping keluarga, tetapi tanpa ada penyelesaian masalah (Nadirawaty, 2018).

Terdapat dua tipe krisis dalam keluarga yaitu krisis perkembangan dan krisis situasi. Krisis perkembangan (maturasional) merupakan krisis yang berasal dari kejadian dalam proses perkembangan psikososial anggota keluarga. Krisis ini merupakan bagian dari tahap siklus normal dan krisis situasi yaitu kejadian atau stres yang tidak bisa (tidak diharapkan) seperti sakit, kematian, dan lain-lain (Padila, 2012).

Sumber coping keluarga yang berasal dari dalam atau internal terdiri dari kemampuan keluarga yang menyatu sehingga dalam suatu keluarga mempunyai coping internal yang baik apabila keluarga tersebut mempunyai ciri seperti pengontrolan, sub sistem, pola komunikasi, dan terintegrasi dengan baik. Adapun sumber coping yang berasal dari luar atau eksternal yaitu berhubungan dengan penggunaan sistem pendukung sosial oleh keluarga.

Terdapat dua krisis yang sering menimpa keluarga, yaitu krisis perkembangan dan krisis situasi. Krisis perkembangan (maturasional) adalah krisis yang berasal dari kejadian-kejadian stresor yang dialami keluarga dalam proses perkembangan psikososial dari anggota keluarga dalam tahap-tahap kehidupan

normal. Sedangkan krisis situasi adalah kejadian yang secara normal tidak diharapkan seperti kematian anggota keluarga (Nadirawaty, 2018).

Holmes dan Rahe dalam (Padila, 2012) menjelaskan tentang skala urutan penyesuaian diri dalam kejadian krisis keluarga, yaitu:

Tabel 7.1: Skala Penyesuaian Diri (Holmes dan Rahe dalam Padila 2012)

No.	Kejadian Hidup	Nilai	No.	Kejadian Hidup	Nilai
1	Kematian pasangan	100	22	Perbandingan tanggung jawab di tempat kerja	29
2	Perceraian	73	23	Anak meninggalkan rumah	29
3	Perpisahan perkawinan	65	24	Cekcok dengan ipar	29
4	Lamanya dipenjara	63	25	Pencapaian pribadi belum selesai	28
5	Kematian keluarga dekat	63	26	Istri mulai kerja atau berhenti	26
6	Cedera atau sakit pribadi	53	27	Mulai atau selesai sekolah	26
7	Perkawinan	50	28	Perubahan kondisi hidup	25
8	Dipecat dari tempat kerja	47	29	Perubahan kebiasaan hidup	24
9	Rekonsiliasi perkawinan	45	30	Cekcok dengan atasan	23
10	Pensiun	45	31	Perubahan jam kerja	20
11	Perubahan kesehatan anggota keluarga	44	32	Pindah tempat tinggal	20
12	Kehamilan	40	33	Pindah sekolah	20
13	Kesulitan seks	39	34	Perubahan rekreasi	19
14	Penambahan anggota keluarga baru	39	35	Perubahan kegiatan keagamaan	19
15	Penyesuaian bisnis	39	36	Perubahan kegiatan sosial	18
16	Perubahan keadaan keuangan	38	37	Pinjaman < 10.000 dolar	17
17	Kematian teman dekat	37	38	Perubahan kebiasaan tidur	16
18	Perubahan jajaran kerja	36	39	Perubahan jumlah pertemuan keluarga	15
19	Perubahan banyaknya argumen pasangan	35	40	Perubahan kebiasaan makan	15
20	Di hipnotis > 10.000 dolar	31	41	Liburan	13
21	Pembatalan pinjaman	30	42	Natal/Lebaran/dll	12
			43	Kekerasan kecil melawan hukum	11

Dalam kehidupan sehari-hari kejadian yang perlu penyesuaian diri sering kali muncul secara bersamaan, maka perawat perlu menilai serta menjumlahkan urutan kejadian-kejadian hidup yang dialami dalam dua tahun.

Nilai atau skor:

- 0-154 : tidak ada masalah yang signifikan
- 155-199: krisis hidup ringan dan memungkinkan sakit 33 %
- 200-299: krisis hidup sedang dan memungkinkan sakit 80 %

- 300-lebih: krisis hidup berat dan memungkinkan sakit > 80 %

Pengkajian untuk mengetahui stres dalam keluarga yang perlu diperhatikan (Nadirawati, 2018) antara lain:

1. Apakah masalah dalam keluarga diurus secara memadai oleh anggota keluarga ?
2. Jika ada krisis, apakah krisis tersebut termasuk bagian dari ketidakmampuan keluarga untuk menyelesaikan masalah ?

7.3 Koping Keluarga

Pengertian Koping Keluarga

Koping keluarga merupakan suatu bentuk strategi dalam mengatasi suatu stresor yang terjadi dalam keluarga. Koping keluarga menunjuk pada analisis kelompok keluarga atau analisis interaksi.(Padila, 2012) menjelaskan bahwa koping keluarga didefinisikan sebagai respons positif yang digunakan keluarga untuk memecahkan masalah dan mengendalikan stres. Berkembang dan berubah sesuai tuntutan/stresor yang dialami. Sumber koping keluarga bisa berasal dari internal yaitu dari anggota keluarga sendiri dan eksternal yaitu dari luar keluarga.

Untuk mengatasi stres yang dialami maka setiap keluarga dituntut untuk lebih konsentrasi dalam menyelesaikan berbagai masalah. Dengan demikian keluarga perlu mengembangkan strategi adaptasi yang memadai yang disebut strategi koping. Dengan adanya strategi koping dalam keluarga maka akan tercipta respons perilaku positif yang digunakan keluarga untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stres sehingga keluarga diharapkan mampu berperan dalam menyelesaikan masalah melalui strategi koping yang efektif. Apabila keluarga mampu melakukan strategi koping dengan baik maka akan berdampak positif terhadap keberfungsian keluarga.

Sumber Koping Keluarga

Sumber koping merupakan pilihan atau strategi yang dapat membantu individu atau keluarga dalam menentukan apa yang harus dilakukan, di mana hal tersebut merupakan hal yang paling baik yang akan diambil. Terdapat dua

faktor yang memengaruhi sumber coping keluarga yaitu faktor internal yang berasal dari dalam dan faktor eksternal yang berasal dari luar.

Padila (2012) menjelaskan bahwa sumber coping keluarga dapat berupa coping internal yaitu kemampuan keluarga yang kohesif dan terintegrasi yang dicirikan di mana anggota keluarga memiliki tanggung jawab kuat terhadap keluarga, mampu memodifikasi peran keluarga bila dibutuhkan (fleksibel) dan pola komunikasi dalam keluarga yang baik, mengandalkan kelompok keluarga, penggunaan humor, pengungkapan bersama yang semakin meningkat, mengontrol arti atau makna masalah dan pemecahan masalah bersama.

Sedangkan sumber coping eksternal berhubungan dengan penggunaan sosial support sistem oleh keluarga berupa mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari dukungan sosial, dan mencari dukungan spiritual.

Strategi Koping Keluarga

Strategi koping keluarga merupakan perilaku coping atau upaya-upaya coping dan merupakan strategi yang positif, aktif, serta khusus untuk masalah yang disesuaikan untuk penyelesaian suatu masalah yang dihadapi keluarga(Padila, 2012).

Sedangkan (Nadirawaty, 2018) menjelaskan bahwa strategi koping keluarga merupakan cara yang dilakukan individu atau keluarga dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai, dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi diri individu.

7.3.1 Strategi Koping Keluarga Internal

Keluarga memiliki strategi tersendiri dalam menangani stresor yang sedang dialami, baik dengan strategi dari luar maupun dari dalam. Strategi yang digunakan keluarga bisa berupa strategi koping internal dan strategi koping eksternal (Friedman, 2010).

Strategi koping keluarga internal merupakan strategi koping yang berasal dari dalam keluarga dalam mengatasi stresor di mana terdiri dari tiga (3) jenis, antara lain:

1. Strategi hubungan

Strategi hubungan dalam keluarga memiliki ciri sebagai berikut:

a. Mengandalkan kelompok keluarga

Keluarga tertentu saat mengalami tekanan mengatasi dengan menjadi lebih bergantung pada sumber mereka sendiri. Bersatu adalah satu proses yang paling penting dalam badi kehidupan keluarga. Keluarga berhasil melalui masalah dengan menciptakan struktur dan organisasi yang lebih besar di rumah dan keluarga.

b. Kebersamaan yang lebih besar (memperkuat kohesi keluarga)

Salah satu cara membuat keluarga makin erat dan memelihara serta mengelola tingkat stres dan moral yang dibutuhkan keluarga adalah dengan berbagi perasaan dan pemikiran, serta terlibat dalam pengalaman atau aktivitas keluarga. Kebersamaan yang lebih besar menghasilkan kohesi keluarga yang lebih tinggi, atribut keluarga yang mendapatkan perhatian luas sebagai atribut keluarga inti.

2. Strategi kognitif

a. Normalisasi

Normalisasi adalah proses terus menerus yang melibatkan pengakuan terhadap masalah yang dihadapi keluarga sebagai kehidupan yang normal. Keluarga cenderung untuk menormalisasi sesuatu sebanyak mungkin saat mereka mengatasi stresor yang sedang dihadapi oleh keluarganya.

b. Pengendalian makna masalah dengan membingkai ulang dan penilaian pasif

Pembingkaian ulang adalah cara persepsi coping individu dan sering kali dipengaruhi oleh keyakinan keluarga. Keluarga memiliki persepsi Bersama atau realitas subjektif Bersama . Cara penilaian pasif dalam keluarga adalah keluarga memandang stresor sebagai sesuatu yang akan selesai dengan sendirinya.

c. Pemecahan masalah bersama

Berfokus pada rutinitas dan gangguan dalam kehidupan keluarga yang dapat diterima membantu keluarga dapat menjalankan aktivitasnya sebagaimana bisa. Pemecahan masalah Bersama dapat dijelaskan sebagai sebuah situasi saat keluarga secara

bersama-sama mampu mendiskusikan masalah dengan segera, mencari pemecahan yang didasarkan pada logika dan mencapai kesepakatan mengenai apa yang dilakukan untuk menghadapi masalahnya.

d. Mendapatkan informasi dan pengetahuan

Keluarga yang berbasis kognitif berespons terhadap stres dengan mencari pengetahuan dan informasi yang berkenaan dengan stresor yang dihadapi. Orang tua yang secara aktif mengatasi masalah menjadikan orang tua sebagai sistem pendukung dengan mencari informasi baru dan sumber lain yang dapat memberikan hasil yang positif.

3. Strategi komunikasi

a. Terbuka dan jujur

Komunikasi yang baik sangat penting bagi fungsi keluarga, akan tetapi hal ini menjadi lebih penting selama periode stres dan krisis keluarga. Anggota keluarga yang menunjukkan keterbukaan, kejujuran, pesan yang jelas, dan perasaan serta afeksi yang lebih besar dibutuhkan pada masa ini. Komunikasi dalam keluarga yang fungsional adalah langsung, terbuka, jujur, dan jelas. Keterbukaan adalah komunikatif dalam berbagi ide dan perasaan.

b. Menggunakan humor dan tawa

Studi mengenai *resilience* menekankan bahwa humor tidak terhingga nilainya dalam mengatasi penderitaan. Humor tidak hanya dapat mendorong semangat, humor juga dapat menyokong sistem imun seseorang dalam mendorong penyembuhan. Humor dapat membantu memperbaiki sikap keluarga terhadap masalahnya dan perawatan. Kesehatan serta mengurangi kecemasan dan ketegangan mereka. Humor dan tawa juga dapat dipandang sebagai alat perawatan diri untuk mengatasi stres karena kemampuan untuk tertawa dapat memberikan perasaan seseorang memiliki kekuatan terhadap situasi.

Sedangkan (Nadirawaty, 2018) menyatakan tujuh (7) jenis strategi koping internal, antara lain:

1. Mengandalkan kelompok keluarga

Keluarga tertentu saat mengalami tekanan mengatasi dengan menjadi lebih bergantung pada sumber mereka sendiri. Bersatu adalah satu dari proses penting dalam badai kehidupan keluarga. Keluarga berhasil melalui masalah dengan menciptakan struktur dan organisasi yang lebih besar di rumah dan keluarga. Ketika keluarga menetapkan struktur yang lebih besar, hal ini merupakan upaya untuk memiliki pengendalian yang lebih besar terhadap keluarga mereka.

2. Humor

Humor tidak hanya dapat menambah semangat, humor juga dapat meningkatkan sistem imun seseorang dalam mendorong penyembuhan. Demikian juga bagi keluarga, rasa humor adalah sebuah aspek yang penting. Humor dapat memperbaiki sikap keluarga terhadap masalah dan perawatan kesehatan, serta mengurangi kecemasan dan ketegangan. Humor dan tawa dapat dipandang sebagai alat perawatan diri untuk mengatasi stres karena kemampuan tertawa dapat memberikan seseorang perasaan memiliki kekuatan terhadap situasi. Humor dan tawa dapat menumbuhkan sikap positif dan harapan, bukan perasaan tidak berdaya atau depresi dalam situasi penuh stres. Saat ini, humor sudah digunakan sebagai bentuk terapi dalam menghadapi stres.

3. Pengungkapan masalah bersama

Salah satu aspek yang membuat keluarga semakin erat serta mengelola tingkat stres dan moral yang dibutuhkan keluarga adalah dengan berbagi perasaan dan pemikiran serta terlibat dalam pengalaman aktivitas keluarga. Kebersamaan yang lebih besar menghasilkan kohesi keluarga yang lebih tinggi. Aktivitas kebersamaan anggota keluarga di waktu luang merupakan sumber koping yang sangat penting guna memperbaiki kohesi, moral, dan kepuasan keluarga. Strategi koping ini akhirnya bertujuan

membangun integrasi, *kohesivitas*, dan *resilience* yang lebih besar dalam keluarga.

4. Mengontrol arti dan makna masalah

Keluarga yang menggunakan strategi coping ini cenderung melihat aspek positif dari peristiwa hidup penuh stres dan membuat peristiwa penuh stres menjadi tidak terlalu penting dalam hierarki nilai keluarga. Hal ini ditandai dengan anggota keluarga yang memiliki rasa percaya dalam mengatasi kegantilan dengan mempertahankan pandangan optimistik terhadap peristiwa, memiliki harapan, dan berfokus pada kekuatan dan potensi.

5. Penyelesaian masalah bersama

Reiss menyebutkan keluarga yang menggunakan proses penyelesaian masalah yang efektif sebagai keluarga yang peka terhadap lingkungan. Tipe keluarga ini seperti melihat sifat masalah sebagai sesuatu di luar sana dan tidak mencoba membuat masalah menjadi internal.

6. Fleksibilitas peran

Fleksibilitas peran merupakan satu dari dimensi utama adaptasi keluarga. Keluarga harus mampu beradaptasi terhadap perubahan perkembangan dan lingkungan. Ketika keluarga berhasil mengatasi, maka keluarga mampu memelihara suatu keseimbangan dinamik antara perubahan dan stabilitas. Fleksibilitas peran memungkinkan keseimbangan ini berlanjut.

7. Menormalkan

Strategi coping keluarga fungsional merupakan kecenderungan bagi keluarga untuk normalisasi sesuatu sebanyak mungkin saat mereka mengatasi stresor jangka panjang yang cenderung mengganggu kehidupan keluarga dan aktivitas rumah tangga.

7.3.2 Strategi Koping Keluarga Eksternal

Friedman (2010) menjelaskan tentang strategi coping keluarga eksternal merupakan strategi coping yang berasal dari luar keluarga. Strategi coping keluarga eksternal terdiri dari tiga (3) jenis strategi, yaitu:

1. Strategi komunitas: memelihara jaringan aktif dengan komunitas
Hubungan komunitas yang kreatif dapat dibuat untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga karena keluarga tidak dapat memenuhi semua kebutuhan anggota dan kelompoknya sendirian tanpa peningkatan sumber lain.
2. Memanfaatkan sistem dukungan sosial
Memanfaatkan sistem dukungan sosial dalam jaringan sosial keluarga adalah strategi coping eksternal yang sangat penting. Dukungan sosial keluarga adalah proses yang terjadi selama masa hidup antara keluarga dan lingkungan sosialnya.
3. Memanfaatkan sistem dukungan spiritual
Kepercayaan spiritual dan religi individu dan keluarga merupakan inti dari semua coping dan adaptasi keluarga. Kepercayaan spiritual ini dapat menempatkan individu dan keluarga pada putaran luasnya kebesaran yang tidak diketahui.

Sedangkan (Nadirawaty, 2018) menyatakan empat (4) strategi coping eksternal, antara lain:

1. Mencari informasi
Keluarga yang mengalami stres memberikan respons secara kognitif dengan mencari pengetahuan informasi berkenaan dengan stresor dan stresor potensial. Dengan mendapatkan informasi dapat meningkatkan perasaan memiliki pengendalian terhadap situasi dan mengurangi rasa takut keluarga terhadap sesuatu yang tidak diketahui serta membantu keluarga menilai stresor.
2. Memelihara hubungan aktif dengan komunitas
Kategori ini merujuk pada upaya coping keluarga yang terus menerus, berkesinambungan dan jangka panjang. Pada kasus ini, anggota keluarga ini adalah peserta aktif (sebagai anggota aktif atau posisi pimpinan) dalam klub, organisasi, dan kelompok komunitas.
3. Mencari dukungan sosial
Dukungan sosial keluarga merujuk pada dukungan sosial yang dirasakan oleh anggota keluarga ada atau dapat diakses (dukungan

sosial dapat atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga dapat menerima bahwa orang pendukung siap memberikan bantuan dan pertolongan jika dibutuhkan). Dukungan sosial keluarga dapat datang dari dalam dukungan sosial keluarga, seperti dukungan pasangan atau dukungan sibling atau dari luar dukungan sosial keluarga, yaitu dukungan sosial berada di luar keluarga nuklir (dalam jaringan sosial keluarga).

4. Mencari dukungan spiritual

Berbagai studi menunjukkan bahwa hubungan yang jelas antara kesejahteraan spiritual dan peningkatan kemampuan individu atau keluarga untuk mengatasi stres dan penyakit. Agama adalah dorongan yang kuat dalam membentuk keluarga. Cara coping berbasis spiritual sangat bervariasi. Penelitian mengenai coping keluarga dan individu serta *resilience* secara konsisten menunjukkan bahwa dukungan spiritual adalah penting dalam mendukung kepercayaan keluarga sehingga mereka dapat mengatasi penderitaan.

Bab 8

Konsep Manajemen Sumber Daya Keluarga

8.1 Pendahuluan

Kontak pertama bagi setiap individu di dunia ini adalah keluarga. Keluarga adalah suatu kesatuan yang diakui secara sosial dari orang-orang yang disatukan oleh perkawinan, kekerabatan atau ikatan hukum. Sumber daya dapat didefinisikan sebagai segala sesuatu yang kita gunakan untuk mencapai apa yang kita inginkan (tujuan kita).

Terdapat 3 asumsi dasar mempelajari Sumber Daya Keluarga yaitu:

1. Sumber daya keluarga tidak hanya terdapat di dalam keluarga sendiri tetapi juga terdapat di berbagai lingkungan sekitar keluarga.
2. Kondisi dari sumber daya merupakan elemen dari sistem yang dapat mendorong atau menghambat pencapaian tujuan keluarga.
3. Perubahan salah satu sumber daya akan berpengaruh pada sumber daya lainnya dalam sistem keluarga (Allender & Spradley, 2001; Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Manajemen dalam konteks keluarga adalah hasil alami dari asosiasi dan interaksi manusia. Tujuan utamanya adalah untuk menyediakan pengembangan yang optimal dari masing-masing anggota keluarga. Manajemen keluarga memungkinkan kita untuk mengatasi keterbatasan setiap individu. Kombinasi individu dengan sumber daya yang tersedia memungkinkan keluarga mencapai tujuan yang lebih besar. Setiap keluarga memiliki sumber daya dengan kualitas dan kuantitas yang berbeda-beda dan sebagian besar keluarga tidak menyadari itu.

Konsep manajemen melibatkan penggunaan sumber daya yang direncanakan yang diarahkan pada pencapaian tujuan yang diinginkan. Dalam manajemen keluarga, tujuan keluarga yang ingin dicapai dengan tingkat kepuasan tertentu dapat dianggap sebagai manajemen keluarga yang dikelola dengan baik jika manajemen dipraktikkan dengan cara yang teratur. Manajemen keluarga adalah faktor vital dalam setiap keluarga yang berkontribusi pada kesehatan, kebahagiaan dan kesejahteraan secara keseluruhan dan standar hidup yang lebih tinggi bagi anggota keluarga. Dalam istilah yang lebih sederhana, manajemen keluarga didefinisikan sebagai proses mental memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk mencapai apa yang diinginkan dalam hidup.

Keluarga di seluruh dunia membutuhkan manajemen rumah yang tepat agar stabil. Hal ini karena tanpa pengelolaan rumah yang baik dan benar, sebagian besar keluarga cenderung runtuh atau mengalami kekacauan. Manajemen keluarga yang stabil dan tidak tergoyahkan dapat memberi jalan untuk mencapai tujuan, dan meningkatkan peran setiap anggota keluarga. Hubungan yang tidak memuaskan, kurangnya konsensus dalam pengambilan keputusan, penanganan keuangan yang buruk dapat menyebabkan ketidakstabilan dalam keluarga (Eya, 2005). Hal ini sangat berkaitan dengan sumber daya yang tersedia dan manajemen rumah yang tepat.

Untuk dapat mempertahankan sistem keluarga yang baik, pengelolaan sumber daya keluarga yang baik harus diterapkan dan ditindaklanjuti secara tepat pada waktunya.

Jenis Sumber Daya keluarga

Dua sumber daya utama yang tersedia untuk setiap keluarga adalah sumber daya manusia dan sumber daya ekonomi. Anggota keluarga membutuhkan pendidikan yang baik dalam hal pelatihan moral dan karakter. Aspek kehidupan keluarga ini menyandang nama keluarga dan membentuk fondasi yang kuat untuk membangun sumber daya lainnya. Kekuatan karakter

memengaruhi perolehan dan pemanfaatan sumber daya lain dalam keluarga. Penting untuk dicatat bahwa sumber daya ekonomi digunakan untuk memberdayakan sumber daya manusia. Aspek sumber daya manusia keluarga memerlukan hal-hal tertentu seperti makanan yang baik, pakaian, tempat tinggal, cinta, perawatan medis, pendidikan, dan lain sebagainya.

Untuk memenuhi kebutuhan ini, keluarga menggunakan sumber daya lain yang dimilikinya seperti uang, tenaga, waktu, kemampuan dan keterampilan anggota. Secara umum, individu dan keluarga memiliki banyak kebutuhan tetapi sumber daya atau sarana untuk memenuhi kebutuhan ini selalu langka atau terbatas. Sehingga keluarga harus belajar bagaimana menggunakan sumber daya yang tersedia dengan bijak untuk membangun keluarga yang stabil (Friedman et al., 2010).

Faktor yang Memengaruhi Manajemen Sumber Daya Keluarga

Terdapat empat faktor yang memengaruhi manajemen sumber daya keluarga yaitu:

1. Kompleksitas kehidupan keluarga

Kehidupan keluarga yang sangat kompleks memerlukan gaya manajemen yang berbeda daripada keluarga yang memiliki masalah tidak terlalu kompleks.

2. Stabilitas/ketidakstabilan keluarga

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

3. Peran dan perubahan keluarga

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

4. Teknologi

Dengan teknologi yang sudah semakin canggih, keluarga dapat melakukan manajemen sumber dayanya dengan lebih terarah (Neti Juniarti, 2018)

Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga

Proses manajemen sumber daya keluarga terdiri dari masukan, proses, keluaran, dan umpan balik.

1. Input (masukan) Input dalam sumber daya keluarga meliputi benda, energi, dan atau informasi yang memasuki sistem dalam berbagai bentuk untuk memengaruhi proses dalam mencapai hasil atau keluaran. Input atau masukan untuk keluarga adalah:
 - a. Tuntutan: tujuan atau kejadian yang memerlukan Tindakan.
 - b. Sumber-sumber: alat atau kemampuan yang dimiliki untuk memenuhi tuntutan yang terdapat pada keluarga karena adanya tujuan dan kejadian.
2. Proses Proses adalah transformasi benda, energi dan atau informasi oleh suatu sistem dari masukan sampai keluaran.
3. Output Output meliputi benda, energi dan atau informasi yang dihasilkan oleh suatu sistem dalam respons terhadap input dari proses transformasi. Output dari sistem manajerial adalah respons terhadap tuntutan dan perubahan sumber-sumber.
4. Umpan balik Umpan balik adalah bagian dari output yang memasuki suatu sistem sebagai input untuk memengaruhi output yang telah ada (Faudiah, Dewi, & Hamid, 2017).

8.2 Pengelolaan Sumber Daya Keluarga

Druker (1996) mendefinisikan manajemen sebagai proses yang berbeda yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, evaluasi dan pengendalian kinerja untuk menentukan dan mencapai tujuan dengan menggunakan orang dan sumber daya.

Selain itu, Dressier (2005) menyatakan bahwa manajemen adalah proses di mana manajer (keluarga) menciptakan, mengarahkan, memelihara, dan

mengoperasikan organisasi yang bertujuan melalui upaya manusia yang terkoordinasi dan kooperatif secara sistematis. Osuala (2004) juga melihat manajemen sebagai proses di mana berbagai fungsi dalam hubungannya dengan orang-orang dan sumber daya lainnya diterapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Keluarga harus mengelola sumber daya manusia dan material secara sistematis dan terarah. Hal ini membutuhkan kerja mental dan kekuatan fisik dari anggota keluarga. Pengelolaan sumber daya keluarga yang baik akan mengarah pada peningkatan kualitas hidup dalam keluarga dan kebahagiaan dalam rumah tangga. Manajemen sumber daya keluarga membuka kompleksitas pengambilan keputusan keluarga dan dengan demikian memungkinkan mereka untuk memahami konsep dan penjelasan yang mendasari perilaku keluarga.

Perencanaan yang cermat dalam ekonomi keluarga dan manajemen sumber daya membantu keluarga dan individu untuk:

1. memastikan keamanan ekonomi;
2. menjaga stabilitas keluarga;
3. mengelola sumber daya manusia dan material;
4. meningkatkan kemampuan konsumen.

Ada empat langkah dalam manajemen sumber daya dalam keluarga di antaranya:

Langkah 1: Perencanaan

Langkah pertama dalam manajemen terdiri dari pemikiran awal tentang apa yang perlu dilakukan, yaitu perencanaan. Perencanaan sangat penting untuk keberhasilan proses manajemen. Perencanaan menjadi dasar atau tindakan untuk mencapai tujuan. Perencanaan bisa menjadi kebiasaan atau kesadaran. Perencanaan harus dibuat secara menyeluruh.

Jika tujuan yang ingin dicapai mudah, maka rencana yang terbaik dapat dibuat dengan cepat. Jika tujuan yang dicapai terlihat sulit maka keluarga harus menemukan cara yang tepat mengatasinya. Karena anak-anak tidak memiliki pengalaman yang cukup, mereka dapat meminta bantuan orang dewasa yang berpengalaman untuk membuat perencanaan. Tindakan terakhir dalam perencanaan adalah sampai pada keputusan. Ini adalah tahapan akhir sebelum melakukan tindakan.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perencanaan di antaranya:

1. Apa yang harus dilakukan?
2. Siapa yang akan melakukan pekerjaan itu?
3. Bagaimana itu akan dilakukan?
4. Kapan itu akan dilakukan?
5. Sumber daya apa yang akan digunakan?

Pada saat keluarga melakukan perencanaan ada beberapa hal yang paling penting dalam manajemen dan melibatkan hal-hal berikut:

1. Mengidentifikasi kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi, seperti makan, pakaian, pendidikan, perumahan yang lebih baik, kesehatan dan angkutan.
2. Menetapkan prioritas di antara kebutuhan yaitu menempatkannya di urutan kepentingan.
3. Mengidentifikasi sumber daya yang tersedia untuk keluarga dan memutuskan mereka yang akan digunakan dalam memenuhi yang diidentifikasi kebutuhan.
4. Memutuskan bagaimana dan kapan sumber daya akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan.

Menurut Obi (2008), perencanaan yang efektif berkaitan dengan penetapan tujuan yang realistik. Dengan demikian, rencana tersebut dapat bersifat jangka pendek atau jangka panjang tergantung pada sasaran atau tujuannya. Tanpa keluarga berencana yang tepat, akan terjadi ketidakstabilan keluarga dan target pengelolaan sumber daya keluarga tidak dapat tercapai.

Langkah 2: Pengorganisasian

Organisasi keluarga yang baik akan melahirkan stabilitas keluarga yang pada gilirannya memberikan ruang bagi pengembangan sumber daya manusia. Organisasi melibatkan pembentukan hubungan yang harmonis antara pekerjaan yang akan dilakukan, sumber daya yang dibutuhkan dan tenaga seluruh anggota keluarga, sehingga produktivitas akan menjadi yang terbaik.

Oleh karena itu, untuk mengatur tugas keluarga dengan baik, alokasi dan pengelolaan sumber daya yang memadai harus disikapi dengan baik untuk

memiliki keluarga yang berkualitas dengan kondisi kehidupan yang lebih baik, karena keluarga adalah inti dari masyarakat yang lebih besar.

Pengelolaan yang tepat atas sumber daya setiap keluarga berarti bahwa sumber daya seluruh masyarakat pada umumnya dapat diatur atau dikendalikan dengan baik. Dengan cara yang sama, manajemen sumber daya manusia dimulai pada tingkat keluarga dan meluas ke organisasi manusia yaitu masyarakat.

Langkah 3: Implementasi

Aspek peningkatan stabilitas keluarga ini melibatkan proses aktual dalam mewujudkan rencana, dan memastikan bahwa kegiatan berjalan ke arah yang diinginkan. Pada tahap ini perlu adanya pengawasan terhadap kegiatan. Juga pada tahap ini penyesuaian yang diperlukan dalam rencana dapat dibuat. Di sini, mengevaluasi kinerja dengan tepat dan menerapkan tindakan perbaikan untuk memenuhi tujuan keluarga sesuai dengan rencana yang ditetapkan menjadi keharusan.

Faktanya, hubungan yang harmonis dan pemahaman yang baik sangat membantu dalam menyesuaikan kembali rencana yang telah dibuat. Ini membantu mewujudkan manajemen sumber daya yang sukses dan stabilitas keluarga.

Langkah Keempat: Evaluasi

Jenis evaluasi ini melibatkan penilaian seluruh prosedur manajemen. Pada tahap ini seseorang memeriksa seberapa efektif sumber daya keluarga telah digunakan dalam memenuhi tujuan keluarga. Pertanyaan-pertanyaan untuk menilai setiap langkah dari proses manajemen seperti: Apakah kebutuhan keluarga sudah terpenuhi? kesalahan apa yang ditemui dalam proses pemenuhan kebutuhan? Bagaimana masalah bisa diselesaikan atau kesalahan dicegah di masa depan? Dan pertanyaan ini harus selalu ada dalam setiap proses manajemen.

Selain itu, masalah yang dihadapi dan kesalahan yang dibuat dinilai untuk menjadi pembelajaran dan memperbaikinya di masa depan. Berdasarkan evaluasi, selanjutnya perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan kegiatan keluarga di masa depan dapat dipengaruhi dan dikelola dengan lebih baik sehingga menghasilkan keluarga yang sukses dan stabil.

Bab 9

Proses Keperawatan Keluarga Pada Balita Sakit dan Ibu Hamil

9.1 Pendahuluan

Keluarga terdiri dari orang-orang yang di satukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga terkait dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga. Proses keperawatan keluarga adalah sebuah proses yang kompleks menggunakan pendekatan sistematis bekerja sama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga.

Perawat harus dapat mengetahui apa saja tahapan dari proses keperawatan ini agar dapat mempermudah dalam menjalankan asuhan keperawatan kepada pasien (Maryam S, Setiawati and Ekasari, 2008). Proses keperawatan ini mempunyai proses yang bersifat dinamis dan saling bergantungan satu sama lainnya, disusun secara sistematis untuk menggambarkan perkembangan dari tahap yang satu ke tahap yang lain.

Tahapan dalam proses keperawatan ini meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses Keperawatan Keluarga yang dibahas dalam Bab ini adalah Proses keperawatan keluarga dengan balita sakit dan ibu hamil.

9.2 Konsep Anak Balita

Anak balita adalah anak yang berada pada rentang usia 0-5 tahun. Pada masa balita ini merupakan periode terpenting dalam proses tumbuh kembang manusia karena di masa inilah menjadi faktor keberhasilan perkembangan dan pertumbuhan anak di masa yang akan datang (Lusiana el, 2019).

Masa balita kerap disebut *golden age* atau masa keemasan, karena tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang kembali. Masa ini merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia dan menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya (Hidayat, 2009).

Menurut karakteristik, balita terbagi dalam dua kategori yaitu anak dalam usia 1–3 tahun (batita) dan anak usia prasekolah. Pada usia ini anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah di *playgroup* sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku.

Karakteristik Balita

Anak dengan usia 1-3 tahun akan mengalami pertumbuhan fisik yang relatif lambat, namun perkembangan motoriknya akan meningkat cepat (Hatfield, 2008). Anak di usia ini mulai mengeksplorasi dan mengamati lingkungan secara intensif, mulai mencoba mencari tahu bagaimana suatu hal dapat bekerja atau terjadi, sikap yang negatif dan keras kepala, kadang ada peningkatan pada amarahnya (Hockenberry, Wilson, D. & Rodgers, 2016).

Setiap anak memiliki karakteristik yang berbeda-beda di setiap tahapan pertumbuhan dan perkembangan. Karakteristik perkembangan pada balita secara umum dibagi menjadi 4 yaitu *negativism*, *ritualism*, *temper tantrum*, dan *egocentric*.

Negativism adalah anak cenderung memberikan respon yang negatif dengan mengatakan kata “tidak”. Ritualism adalah anak akan membuat tugas yang sederhana untuk melindungi diri dan meningkatkan rasa aman. Balita akan

melakukan hal secara leluasa jika ada seseorang seperti anggota keluarga berada di sampingnya karena mereka merasa aman ada yang melindungi ketika terdapat ancaman.

Temper tantrum adalah sikap di mana anak memiliki emosi yang cepat sekali berubah. Anak akan menjadi cepat marah jika dia tidak dapat melakukan sesuatu yang tidak bisa dia lakukan. Egosentrism merupakan fase pada perkembangan psikososial anak. Ego anak akan menjadi bertambah pada masa balita. Berkembangnya ego ini akan membuat anak menjadi lebih percaya diri, dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

Tumbuh Kembang Balita

Tumbuh kembang adalah suatu proses yang berkelanjutan dari konsepsi sampai dewasa yang dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Pertumbuhan paling cepat terjadi pada masa janin, usia 0-1 tahun dan masa pubertas. Sedangkan tumbuh kembang yang dapat dengan mudah diamati pada masa balita. Pada saat tumbuh kembang setiap anak mempunyai pola perkembangan yang sama, akan tetapi kecepatannya berbeda (Sunarsih, 2018).

1. Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah perubahan fisik pada seorang anak yang ditandai dengan bertambahnya ukuran berbagai organ tubuh karena bertambahnya sel-sel dalam tubuh. Pertumbuhan dapat diukur seperti berat badan, tinggi badan, umur tulang dan keseimbangan metabolisme (Chamidah, 2010).

2. Perkembangan

Perkembangan adalah suatu proses bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan. Anak yang sehat akan berkembang sesuai dengan pertumbuhannya. Perkembangan menyangkut adanya proses pembelahan sel-sel, jaringan, organ dan sistem organ pada tubuh yang berkembang sedemikian rupa, sehingga dapat memenuhi fungsinya masing-masing.

9.2.1 Tahap Perkembangan Keluarga Dengan Balita

1. Tahap keluarga dengan Childbearing/baru melahirkan (Friedman, Bowden and Jones, 2010).
 - a. dimulai dengan kelahiran s/d umur 30 bulan;
 - b. orang tua menjalankan peran baru:
 - perasaan ketidakadekuatan menjadi orang tua baru;
 - kurangnya bantuan dari keluarga;
 - nasehat yang menimbulkan konflik;
 - tidur kurang karena anak rewel.
 - c. Masalah yang sering terjadi:
 - kesulitan dalam perawatan anak;
 - suami merasa diabaikan;
 - terdapat peningkatan perselisihan;
 - interupsi dalam jadwal yang terus-menerus;
 - kehidupan sosial dan seksual terganggu.
 - d. Tugas perkembangan keluarga dengan tahap Childbearing/melahirkan:
 - membentuk keluarga muda yang bahagia;
 - penyesuaian tugas baru;
 - mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
 - memperluas persahabatan dengan keluarga besar/teman;
 - mendidik anak berdasar agama.
 - e. Masalah kesehatan pada keluarga dengan Childbearing:
 - perawatan bayi yang baik;
 - imunisasi;
 - keluarga berencana (KB);
 - penyakit infeksi;
 - masalah transisi pada orang tua;
 - sibling rivalry;
 - tempertantrum;
 - negativisme;
 - tumbuh kembang.

2. Tahap Keluarga dengan Anak Pra Sekolah
 - a. Anak I berumur 2,5 tahun s/d 5 tahun.
 - b. Keluarga menjadi majemuk.
 - c. Kesibukan orang tua meningkat.
 - d. Kelompok bermain sangat membantu dalam perkembangan anak.
3. Tumbuh Kembang Balita
 - a. Toddler (1-3 tahun).
 - b. Biologis (peningkatan BB, TB).
 - c. Motorik (berjalan, lari, memegang benda).
 - d. Psikososial: otonomi vs ragu-ragu, negativism dari otonomi.
 - e. tempertanrum, Sibling.
 - f. Kognitif: pre konseptual, egosentrис.
 - g. Psikoseksual: fase anal; toilet training.
 - h. Sosial: bermain, mulai bersosialisasi.
4. Pra sekolah (3-5 tahun)
 - a. Biologis: pertumbuhan fisik lambat.
 - b. Motorik: menulis, memakai/melepas baju.
 - c. Psikososial: Inisiatif vs rasa bersalah bereksperimen, sosialisasi semakin luas, meniru.
 - d. Kognitif: pre konseptual, intuitive.
 - e. Psikoseksual: oedipal, elektra kompleks.
 - f. Sosial: berdiskusi dengan orang tua.
5. Tugas perkembangan keluarga tahap Keluarga dengan anak Pra sekolah:
 - a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga.
 - b. Membantu anak untuk sosialisasi.
 - c. Beradaptasi dengan anak ke 2.
 - d. Pembagian waktu untuk individu, pasangan, keluarga.
 - e. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
 - f. Merencanakan kegiatan untuk stimulasi tumbang anak.
6. Masalah kesehatan pada keluarga dengan anak pra sekolah:
 - a. Masalah kesehatan fisik pada anak: sakit, jatuh.

- b. Psikososial: hubungan perkawinan.
- c. Persaingan kakak-adik.
- d. Masalah komunikasi keluarga.
- e. Masalah pengasuhan anak.

9.2.2 Proses Keperawatan Keluarga pada Balita Sakit

Pengkajian Pada Keluarga

1. Pengkajian

Pengkajian keluarga:

- a. Identitas: nama KK, alamat, pekerjaan.
- b. Riwayat dan tahap perkembangan.
- c. Lingkungan: rumah, lingkungan, sistem sosial.
- d. Struktur keluarga: komunikasi, peran anggota.
- e. Fungsi Keluarga.
- f. Penyebab masalah keluarga dan coping.
- g. Bagaimana pelaksanaan tugas dan fungsi keluarga.

Pengkajian pada balita:

- a. Identitas anak.
- b. Riwayat kehamilan, persalinan.
- c. Riwayat kes bayi.
- d. Pertumbuhan dan perkembangan.
- e. Pemeriksaan fisik.
- f. Berapa lama waktu bersama orang tua.
- g. Siapa pengasuh anak.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan dianalisis secara cermat, untuk memberikan dasar dalam menetapkan tindakan-tindakan di mana perawat bertanggung jawab dalam melaksanakannya.

Diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil penghasilan terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan

keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, coping keluarga, baik yang bersifat aktual, risiko maupun sejahtera.

Dalam hal ini perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga, berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga.

Biasanya diagnosa keperawatan keluarga pada balita sakit:

a. Aktual

- Perubahan hubungan b/d ketidakmampuan keluarga merawat anak yang sakit berat
- ketidakmampuan (kurangnya keterampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga, baik finansial, fasilitas, sistem pendukung, lingkungan fisik, dan psikologis).

b. Risiko tinggi

Sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, tetapi tanda tersebut dapat menjadi masalah aktual apabila tidak segera mendapatkan bantuan pemecahan dari tim kesehatan atau keperawatan. Faktor-faktor risiko untuk diagnosis risiko dan risiko tinggi memperlihatkan keadaan di mana kerentanan meningkat terhadap klien atau kelompok. Faktor ini membedakan klien atau kelompok risiko tinggi dari yang lainnya pada populasi yang sama yang mempunyai risiko, contoh: Risiko tinggi hubungan keluarga tidak harmonis b/d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah yang terjadi pada anak

c. Potensial (keadaan sejahtera atau wellness)

Suatu keadaan jika keluarga dalam keadaan sejahtera, kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. Diagnosis keperawatan sejahtera tidak mencakup faktor-faktor yang berhubungan. Perawat dapat memperkirakan kemampuan atau potensi keluarga dapat ditingkatkan ke arah yang lebih baik, contoh:

- meningkatnya kemandirian anak;
- pemeliharaan kesehatan yang optimal;
- hubungan keluarga yang harmonis.

3. Intervensi

Intervensi merupakan kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan/masalah keperawatan yang telah diidentifikasi, rencana keperawatan yang berkualitas akan menjamin keberhasilan dalam mencapai tujuan serta penyelesaian masalah, contohnya:

- a. Diskusikan tentang tugas keluarga.
- b. Diskusikan penyebab ketidakharmonisan.
- c. Identifikasi sumber dukungan yang ada.
- d. Ajarkan cara merawat anak.
- e. Anjurkan u/ mempertahankan pola komunikasi terbuka.
- f. Bantu keluarga mengenali kebutuhan anggota keluarga.

4. Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga di mana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat keluarga dalam mengadakan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat. Adanya kesulitan, kebingungan, serta ketidakmampuan yang dihadapi keluarga harus menjadi perhatian. Oleh karena itu, diharapkan perawat dapat memberikan kekuatan dan membantu mengembangkan potensi-potensi yang ada, sehingga keluarga mempunyai kepercayaan diri dan mandiri dalam menyelesaikan masalah.

5. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, tahap evaluasi dilakukan untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil, maka perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua rencana tindakan keperawatan dan implementasi mungkin tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan keluarga, oleh karena itu, kunjungan dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga.

9.3 Konsep Ibu Hamil

Ibu hamil adalah seorang wanita yang sedang mengandung (hamil) dan kehamilan itu sendiri didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari sel spermatozoa dan sel telur atau ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan yang normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional dan 10 bulan menurut kalender Lunar. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu (1-3 bulan), trimester kedua 14 minggu (4-6 bulan), dan trimester ketiga (7-9 bulan) (Rini, 2013).

9.3.1 Konsep Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat memengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2012). Kehamilan risiko tinggi juga didefinisikan sebagai kehamilan yang memiliki risiko meninggalnya bayi, ibu atau melahirkan bayi yang cacat atau terjadi komplikasi pada kehamilan.

Penyebab kehamilan risiko tinggi pada ibu hamil biasanya karena kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan reproduksi, status sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah. Peningkatan pengetahuan ibu tentang tujuan atau manfaat pemeriksaan kehamilan dapat menjadi motivasi untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin.

Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan hidup sehat pada ibu hamil meliputi jenis makanan bergizi, menjaga kebersihan diri, serta pentingnya istirahat cukup sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi dan tetap mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada. Umur seseorang dapat memengaruhi keadaan kehamilannya. Bila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi, kecil kemungkinan untuk mengalami komplikasi di bandingkan wanita yang hamil di bawah maupun di atas usia reproduksi (Dewi, 2010).

Faktor kehamilan risiko tinggi (Intiyaswati, 2021):

1. Primipara muda berusia kurang dari 16 tahun, primipara tua dengan usia lebih dari 35 tahun, dan primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun.

2. Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
3. Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat kehamilan, terjadi infeksi saat kehamilan, riwayat mola hidatidosa atau koriokarsinoma).
4. Riwayat persalinan (persalinan premature, persalinan dengan berat bayi lahir rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan manual plasenta, persalinan dengan perdarahan post partum dan persalinan dengan tindakan).
5. Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm.
6. Kehamilan yang disertai dengan penyakit (jantung, paru, hati, ginjal, dan diabetes melitus).

Dampak kehamilan risiko tinggi yang dapat terjadi pada ibu (Dewi, 2011) adalah:

1. Abortus.
2. Perdarahan.
3. Keracunan Kehamilan.
4. Kejang-kejang.
5. Berkurangnya gerakan janin.
6. Persalinan prematur.
7. Gangguan perkembangan dan pertumbuhan kehamilan.
8. Ketuban pecah dini.

9.3.2 Proses Keperawatan Keluarga Dengan Ibu Hamil Risiko Tinggi

Pengkajian adalah suatu tahapan di mana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya (Andarmoyo, 2012). Sumber informasi dan tahapan pengkajian dapat menggunakan metode: wawancara keluarga, observasi fasilitas rumah, pemeriksaan fisik dari anggota keluarga dari ujung rambut ke ujung kaki dan data sekunder, contoh: laporan lisan/tertulis dari Kelurahan, Puskesmas, RT dan RW atau hasil laboratorium, hasil X-ray, pap smear dan sebagainya.

Pada proses pengkajian ada hal-hal yang perlu dikaji dalam keluarga di antaranya adalah:

1. Pengkajian
 - a. Identitas klien
 - b. Riwayat kesehatan
 - Riwayat kesehatan dahulu: Apakah ada kebiasaan buruk ibu saat kehamilan seperti merokok, minum minuman keras, dan obat-obatan terlarang? Apakah pemeriksaan kehamilan atau antenatal care dilakukan secara rutin dan teratur.
 - Riwayat kesehatan sekarang: Kaji kesehatan yang dirasakan klien pada saat wawancara, seperti adanya perawatan kesehatan yang baik ataupun tidak pada saat kehamilan.
 - Riwayat kesehatan keluarga: Mengkaji ada tidaknya anggota keluarga yang menderita penyakit menular atau penyakit keturunan/degeneratif? Ada atau tidaknya riwayat keluarga yang mengalami kehamilan risiko tinggi.
 - c. Pemeriksaan Fisik
 - Keadaan Umum Klien: lakukan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari kepala sampai kaki dan yang diperhatikan adalah pemeriksaan obstetri pada ibu hamil: pemeriksaan abdomen dengan teknik Leopold.
 - Kaji nutrisi, eliminasi, aktivitas dan perawatan diri.
 - d. Pemeriksaan Diagnostik
 - Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
 - Pemeriksaan tekanan darah, kalau perlu protein urine bila ada indikasi seperti: tensi tinggi dan ekstremitas edema.
 - Nilai status gizi dengan mengukur lingkar lengan atas (LILA)
 - Pemeriksaan tinggi fundus uteri
 - Tentukan presentasi janin dan dengarkan denyut jantung janin (DJJ)
 - Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi TT
 - Pemberian tablet zat besi selama kehamilan
 - Tes laboratorium bila diperlukan

- Konseling perencanaan persalinan dan KB pasca persalinan
2. Diagnosa Keperawatan dan fokus Intervensi
- a. Diagnosa Keperawatan: Ketidakmampuan coping keluarga (Friedman, Bowden and Jones, 2010)
Tujuan: Setelah dilakukan pertemuan selama 2 kali tatap muka diharapkan masalah ketidakmampuan coping keluarga dapat diminimalkan.
Kriteria Hasil: Keluarga dan klien mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kehamilan risiko tinggi.
 - b. Intervensi
Ketidakmampuan keluarga mengenal pemeriksaan dan perawatan kehamilan:
 - Jelaskan pada keluarga tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan.
 - Diskusikan dengan keluarga tentang perawatan dan pemeriksaan kehamilan
 - Evaluasi kembali penjelasan yang telah disampaikan pada keluarga
3. Implementasi
- Mengkaji pengetahuan klien, mengkaji pola makan klien, mengajarkan pengetahuan tentang pentingnya perawatan kehamilan, kontrol kehamilan atau antenatal *care*, memotivasi keluarga untuk selalu mendukung klien, memberikan *reinforcement* positif pada keluarga atas kemampuannya mengambil keputusan, memberikan dukungan pada keluarga, mendiskusikan bersama keluarga tentang perawatan dan pemeriksaan kehamilan, motivasi keluarga untuk selalu memperhatikan kesehatan, menjelaskan pada keluarga tentang fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan manfaatnya, menganjurkan pada keluarga untuk menggunakan fasilitas kesehatan tersebut jika membutuhkan pertolongan medis yang komprehensif (Friedman, Bowden and Jones, 2010).
4. Evaluasi
- Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan keluarga yang dilakukan untuk menilai keberhasilan suatu tindakan keperawatan

dan menentukan sejauh mana tujuan yang ditetapkan telah tercapai. Evaluasi didasarkan pada efektivitas dari intervensi atau perencanaan keperawatan yang telah dibuat. Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Pada tahap ini ada dua jenis evaluasi yang dapat dilakukan perawat yaitu evaluasi formatif, yaitu evaluasi yang mempunyai tujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilaksanakan sesuai kontrak pelaksanaan dan evaluasi sumatif, yaitu evaluasi yang mempunyai tujuan menilai secara keseluruhan pencapaian diagnosa keperawatan kemudian menentukan apakah intervensi masih diteruskan, diteruskan sebagian artinya diteruskan dengan modifikasi atau dihentikan (Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, 2003).

Bab 10

Proses Keperawatan Keluarga Pada Anak Sekolah dan Anak Remaja

10.1 Pendahuluan

Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terkecil yang terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan komunitas (Sudiharto, 2007). Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adaptasi dan kelahiran yang bertujuan untuk menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial individu-individu yang ada di dalamnya, terdapat interaksi yang reguler yang ditandai adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum (Duvall 1972)

Definisi keluarga menurut Burgess dkk (1963 dalam Friedman 1998):

1. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi.

2. Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga atau jika mereka hidup secara terpisah mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
3. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari.
4. Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

Wall (1986 dalam Padila 2012) ; keluarga sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

Spradley dan Allender (1996 dalam Padila 2012) menyatakan keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan peran dan tugas.

Friedman (1998) menyebutkan keluarga sebagai suatu sistem sosial. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang berkumpul dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu

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

Depkes RI (1988 dalam Padila 2012), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal pada satu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Gillis (1983 dalam Murwani & Setyowati, 2010), keluarga adalah sebagaimana sebuah kesatuan yang kompleks dengan atribut yang dimiliki tetapi terdiri dari beberapa komponen yang masing-masing mempunyai arti sebagaimana unit individu.

Ciri-Ciri Keluarga (Padila, 2012)

1. Terorganisasi: saling berhubungan dan saling ketergantungan antara anggota keluarga.

2. Ada keterbatasan: setiap anggota keluarga memiliki kebebasan dan keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
3. Terdapat perbedaan dan kekhususan: setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

Siklus kehidupan keluarga:

Tabel 10.1: Delapan Tahap Siklus Kehidupan Keluarga

Tahap I	Keluarga pemula (juga menunjuk pasangan menikah atau tahapan pernikahan)
Tahap II	Keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua adalah bayi sampai umur 30 bulan)
Tahap III	Keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2 hingga 6 bulan)
Tahap IV	Keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berumur 6-12 tahun)
Tahap V	Keluarga dengan anak usia remaja (anak tertua berumur 13 sampai 20 tahun)
Tahap VI	Keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
Tahap VII	Orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
Tahap VIII	Keluarga dalam masa pensiun dan lansia (juga termasuk anggota keluarga yang berusia lanjut atau pensiun hingga pasangan meninggal dunia)

Diambil dari Duvall (1977), Duvall dan Miller (1985). Sumber Friedman (1998)

Pembentukan keluarga memiliki tujuan antara lain:

1. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu.
2. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat.
3. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosial ekonomi dan kebutuhan seksual.
4. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas anggota keluarga dan perasaan harga diri.

Keluarga merupakan rumah yang tepat bagi setiap anggota keluarga untuk menumbuhkan nilai kebersamaan, saling mengasihi, menolong, melengkapi, mendukung dan saling memberi satu dengan yang lain. Keluarga juga merupakan tempat yang paling tepat untuk pembentukan nilai moral, etika dan integritas bagi setiap anggota keluarga terutama anak-anak dalam keluarga tersebut. Orang tua berperan penting untuk mendidik dan memberikan teladan

bagi anak-anak untuk cerdas, kreatif, peduli kepada orang lain dan cinta kepada sang pencipta Tuhan Yang Maha Esa.

Struktur keluarga:

1. Patrilineal yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.
2. Matrilineal yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.
3. Matrilokal yaitu sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
4. Patrilokal yaitu sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.
5. Keluarga kawin yaitu hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

Tipe keluarga:

1. Nuclear family: suatu keluarga terdiri dari orang tua dan anak yang masih tanggung jawabnya dan tinggal dalam satu rumah terpisah dari sanak keluarga lainnya.
2. Extended family (keluarga besar): satu keluarga yang terdiri dari satu atau dua keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah dan saling menunjang satu sama lain.
3. Single parent family: satu keluarga yang dikepalai oleh satu kepala keluarga dan hidup bersama dengan anak-anak yang masih bergantung padanya.
4. Nuclear dyad: keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak, tinggal dalam satu rumah yang sama.
5. Reconstituted atau blended family: suatu keluarga yang terbentuk dari perkawinan pasangan yang masing-masing pernah menikah dan masing-masing membawa anak hasil perkawinan terdahulu.

6. Three generation family: keluarga yang terdiri dari tiga generasi yaitu kakek, nenek, bapak, ibu dan anak dalam satu rumah.
7. Single adult living alone: keluarga yang hanya terdiri dari seorang dewasa yang hidup dalam rumahnya.
8. Middle age atau elderly couple: keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri usia pertengahan.

Fungsi keluarga:

1. Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian)

Untuk stabilitas kepribadian kaum dewasa, memenuhi kebutuhan para anggota keluarga. Fungsi ini berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga, berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik dan sosial. Keberhasilan fungsi afektif terlihat ketika keluarga berbahagia. Anggota keluarga mengembangkan gambaran dirinya yang positif, merasa dimiliki dan memiliki, merasa berarti dan dibutuhkan dan tiap anggota keluarga merasakan kasih sayang satu dengan yang lainnya. Pujian, dukungan dan semangat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi antar anggota keluarga.

Keluarga dengan fungsi afektif harus memenuhi komponen:

- a. Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat dukungan dan kasih sayang akan mendorong kemampuan memberi untuk mendukung satu dengan yang lainnya sehingga tercipta hubungan yang hangat dan baik. Hubungan yang baik sebagai dasar bagi seluruh anggota keluarga dalam membina hubungan baik dengan orang lain di luar anggota keluarga.
- b. Saling menghargai dengan cara memelihara hubungan yang positif yang mana setiap anggota keluarga merasa diakui dan dihargai hak dan kewajibannya.
- c. Ikatan dan identifikasi, dimulai sejak sepasang suami-istri memulai hidup baru yang kemudian dikembangkan melalui berbagai proses yang hanya dapat dicapai secara bersama-sama

misalnya keinginan untuk memiliki keturunan/anak. hubungan selanjutnya dikembangkan hubungan antara anak dan orang tua, dan hubungan antar anak yang satu dengan yang lainnya melalui proses identifikasi. Proses identifikasi merupakan inti dari ikatan kasih sayang sehingga proses identifikasi perlu diciptakan secara positif sebab anak akan meniru perilaku orang tua.

2. Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dimulai individu yang menghasilkan interaksi sosial dan melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial. Keluarga merupakan tempat individu melaksanakan sosialisasi bagi anggota keluarga belajar disiplin, norma budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga, selanjutnya individu mampu berperan di masyarakat.
3. Fungsi reproduktif yaitu fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
4. Fungsi ekonomis adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga (contoh ; makanan, pakaian, perumahan dan lain-lain).
5. Fungsi perawatan kesehatan
Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan asuhan kesehatan. Kemampuan keluarga melakukan pemeliharaan kesehatan memengaruhi status kesehatan keluarga dan individu.

10.2 Konsep Keperawatan Keluarga

10.2.1 Keluarga Dengan Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah

Tahap ini dimulai sejak anak pertama memasuki usia 6 tahun atau mulai masuk sekolah dasar dan berakhir setelah anak memasuki usia 13 tahun yaitu usia awal masuk usia remaja. Biasanya pada tahap ini keluarga telah mencapai jumlah anggota keluarga maksimum (Duvall, 1977).

Tahap ini juga merupakan tahun-tahun yang sibuk sebab anak-anak memiliki keinginan dan kegiatan masing-masing di luar kegiatan-kegiatan wajib dan tugas dari sekolah. Anak akan mulai melakukan aktivitas di luar rumah dengan teman sebaya sementara orang tua juga memiliki kegiatannya sendiri. Setiap orang melakukan tugas perkembangannya masing-masing, sama seperti keluarga berupaya melakukan tugas perkembangannya sendiri.

Menurut Erikson (1950), orang tua berjuang dengan tuntutan ganda yaitu berupaya mencari kepuasan dalam mengasuh generasi berikutnya dan memperhatikan perkembangan mereka sendiri; sementara anak-anak usia sekolah bekerja untuk mengembangkan *sense of industry* – kapasitas untuk menikmati pekerjaan dan mencoba mengurangi atau menangkis perasaan rendah diri.

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

Tahun-tahun ini dipengaruhi oleh kegiatan-kegiatan keluarga, tapi ada juga kekuatan-kekuatan yang secara perlahan mendorong anak tersebut pisah dari keluarga sebagai persiapan menuju masa remaja. Orang tua yang mempunyai perhatian di luar anak mereka akan merasa lebih mudah membuat perpisahan yang perlahan-lahan, contoh; peran ibu merupakan pusat dan satu-satunya peran yang signifikan dalam kehidupan wanita, maka proses pisah ini merupakan sesuatu yang menyakitkan dan dipertahankan mati-matian.

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

Tabel 10.2: IV Siklus Kehidupan Keluarga Inti Dengan Dua Orang tua dan Tugas-Tugas Perkembangan Keluarga Yang Bersamaan

Tahap Siklus Kehidupan Keluarga	Tugas Perkembangan Keluarga
Keluarga dengan anak usia sekolah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mensosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat. 2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan 3. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga

Dikutip dari Carter dan McGoldrick (1988), Duvall dan Miller (1985)

Penjelasan:

1. Mensosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
Keluarga membantu anak antara lain untuk mencapai prestasi di sekolah dan membentuk kemampuan anak untuk bersosialisasi dengan teman sebaya secara sehat. Keluarga mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual, menyediakan fasilitas agar anak dapat melakukan aktivitas dengan baik dan membantu anak mampu bersosialisasi dengan lingkungan luar rumah secara sehat.
2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
Pada saat ini, hubungan perkawinan sering mengalami masa penurunan disebabkan orang tua lebih memfokuskan diri pada kegiatan peningkatan karier dan mempersiapkan serta memenuhi kebutuhan finansial untuk pendidikan anak ke jenjang yang lebih tinggi.
3. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik seluruh anggota keluarga
Anak usia sekolah membutuhkan energi dan mineral yang tinggi untuk pertumbuhan dan pembentukan otot, tulang dan gigi. Keluarga harus menyediakan kebutuhan gizi bagi anak. penyakit gigi dan kulit merupakan masalah kesehatan utama yang kerap terjadi. Melatih kebiasaan dasar memelihara kebersihan diri sangat ditekankan pada anak dan anggota keluarga lainnya untuk mencapai kesehatan yang optimal. Keluarga bertugas menyediakan kebutuhan anggota keluarga untuk memelihara kebersihan dan kesehatan gigi dan kulit.

Tugas-Tugas Perkembangan Keluarga:

Tugas perkembangan keluarga pada fase ini lebih menekankan pada pemenuhan tugas perkembangan anak. Untuk mencapai tugas perkembangan yang optimal, keluarga sering kali membutuhkan bantuan dari pihak sekolah dan kelompok teman sebaya anak. Peran keluarga sangat besar dalam membantu anak meletakkan dasar yang benar dalam penyesuaian diri anak dengan teman sebaya. Tahap ini merupakan waktu-waktu yang sibuk, anak-anak mempunyai keinginan dan kegiatan-kegiatan masing-masing, selain kegiatan wajib dari sekolah. Setiap orang menjalani tugas perkembangannya sendiri-sendiri, sama seperti keluarga berupaya memenuhi tugas dan perkembangannya sendiri.

Tugas perkembangan yang sangat penting dalam mensosialisasikan anak untuk meningkatkan prestasi anak di sekolah. Tugas keluarga yang signifikan lainnya adalah mempertahankan hubungan perkawinan yang bahagia. Kebahagiaan perkawinan selama tahap ini menurun didukung penelitian Burr, (1970); Rollins dan Feldman (1970). Hal yang sangat penting untuk dilakukan adalah meningkatkan komunikasi terbuka dan mendukung hubungan harmonis suami istri.

10.2.2 Keluarga Dengan Anak Remaja (Families With Teenagers)

Perkembangan keluarga dengan anak remaja berada pada perkembangan keluarga tahap V yaitu keluarga yang dimulai ketika anak pertama melewati umur 13 tahun. Tahap ini berlangsung selama 6 sampai 7 tahun. Tahap ini dapat lebih pendek jika anak meninggalkan rumah sebelum anak berusia 13 tahun atau dapat berlangsung lebih lama ketika anak masih tinggal bersama keluarga hingga usia lebih dari 13 tahun, misalnya sampai usia mencapai 20 atau 25 tahun. Anak kedua atau anak berikutnya biasanya pada usia sekolah.

Tujuan keluarga yang terlalu ringan pada tahap ini mengakibatkan menurunnya ikatan keluarga berdampak pada tanggung jawab dan kebebasan yang lebih besar bagi remaja dalam mempersiapkan diri menuju dewasa muda (Duvall, 1977). Preto (1988), menyatakan transformasi sistem keluarga dalam masa remaja meliputi pergeseran yang luar biasa pada pola-pola hubungan antar generasi ditandai dengan kematangan fisik remaja bertepatan dan sejalan dengan perubahan pada orang tua karena mereka memasuki usia pertengahan hidup.

Kidwell et al, (1983), tahap kehidupan keluarga pada anak remaja merupakan tahapan paling sulit dan paling sering merupakan perbincangan Pada tahap ini remaja mengalami perubahan kognitif, pembentukan identitas dan pertumbuhan biologis serta konflik dan krisis yang berdasarkan perkembangan. Adams (1971), terdapat tiga aspek proses perkembangan remaja yang menyita banyak perhatian yaitu emansipasi (otonomi yang meningkat), budaya orang muda (perkembangan hubungan teman sebaya), kesenjangan antar generasi (perbedaan nilai-nilai dan norma-norma antara orang tua dan remaja).

Peran, Tanggung Jawab dan Masalah Orang tua

Peran orang tua dalam mengasuh remaja merupakan tugas paling sulit, sehingga orang tua harus tetap tegar menghadapi berbagai masalah yang berhubungan dengan kenakalan remaja yang sering kali melewati batas kewajaran dan kesabaran. Duvall (1977) mengidentifikasi tugas perkembangan yang penting pada tahap ini yaitu menyeimbangkan kebebasan dan bertanggung jawab remaja untuk mengatur diri mereka sendiri agar mandiri.

Friedman (1957), bahwa tugas orang tua selama tahap ini yaitu belajar menerima penolakan tanpa meninggalkan anak. Ketika orang tua menerima remaja apa adanya, dengan segala kelemahan dan kelebihan mereka, dan menerima sejumlah peran sebagai orang tua tanpa konflik atau kemarahan maka orang tua akan berhasil membentuk pola untuk penerimaan peran dan tanggung jawab sebagai orang tua.

Hubungan antara orang tua dan remaja akan lebih baik bila orang tua merasa produktif, puas dan dapat mengendalikan kehidupan anggota keluarganya sendiri (Kidwell et al, 1983) dan orang tua/keluarga berfungsi secara fleksibel (Preto, 1988).

Tabel 10.3: Tahap V Siklus Kehidupan Keluarga Inti Dengan Dua Orang Tua dan Tugas-Tugas Perkembangan Keluarga yang Bersamaan

Tahap Siklus Kehidupan Keluarga	Tugas-Tugas Perkembangan Keluarga
Keluarga dengan anak remaja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri. 2. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan. 3. Berkommunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.

Diadaptasi dari Carter dan McGoldrick (1988), Duvall dan Miller (1985)

Penjelasan:

1. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab remaja semakin dewasa dan semakin mandiri

Orang tua harus mengubah teknik hubungan dengan remaja secara progresif dari hubungan ketergantungan yang dibentuk sebelumnya ke arah suatu hubungan yang mendorong anak untuk mandiri. Tugas ini merupakan tugas utama yang tidak boleh dilupakan orang tua dengan anak usia remaja. Agar keluarga dapat mencapai sukses pada tahapan ini, orang tua bersama semua anggota keluarga harus membuat “perubahan sistem” utama yaitu membentuk peran dan norma-norma baru dengan sedikit memberikan kebebasan bagi remaja untuk mandiri. Orang tua harus mempercayai anak agar mandiri secara prematur dengan mengabaikan kebutuhan ketergantungan.

2. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan

Hubungan perkawinan merupakan pusat perhatian pada tahap ini. Pasangan suami – istri yang telah begitu terikat dengan berbagai tanggung jawab sebagai orang tua kerap tidak memainkan suatu peran utama dalam kehidupan perkawinan mereka. Suami biasanya menghabiskan banyak waktu di luar rumah untuk bekerja dan meningkatkan jenjang kariernya sedangkan istri menghabiskan waktu bekerja meneruskan pekerjaan rumah tangga dan tanggung jawab sebagai orang tua.

Dalam tahap ini, orang tua hanya memiliki sedikit waktu dan energi untuk hubungan perkawinan yang harmonis. Anak telah memiliki tanggung jawab terhadap diri sendiri sehingga pasangan suami istri memiliki waktu untuk mencapai karir dan menciptakan kesenangan dalam pernikahan dan keluarga. Orang tua dapat mulai membangun fondasi perkawinan untuk tahap siklus kehidupan keluarga berikutnya.

3. Berkommunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak

Adanya kesenjangan antar generasi menyebabkan praktik komunikasi terbuka antar anggota keluarga hanya merupakan suatu cita-cita yang

tidak dapat direalisasikan. Sering timbul konflik antara orang tua dan remaja menyangkut nilai dan gaya hidup. Konflik ini memicu orang tua untuk menghindar dan menolak diri dari anak mereka yang tertua sehingga mengurangi saluran komunikasi terbuka yang mungkin telah dimulai pada fase sebelumnya. Mempertahankan Etika dan standar moral keluarga merupakan hal yang sangat perlu diperhatikan pada tahap ini. Sekalipun aturan dalam keluarga perlu diubah, etika dan standar moral keluarga harus tetap dipertahankan oleh orang tua. Pada tahap ini, remaja berusaha mencari nilai, identitas dan keyakinan mereka sendiri. Orang tua perlu mempertahankan dan menekankan prinsip-prinsip dan standar moral mereka kepada remaja. Orang tua juga harus memahami pada tahap ini remaja sangat sensitif terhadap ketidakcocokan antara apa yang dikatakan dengan apa yang diperlakukan. Orang tua dan anak dapat berkomunikasi untuk memahami satu dengan lainnya dan mengambil pelajaran dari setiap hal yang sudah terjadi. Orang tua dan anak belajar memahami karakter dari masyarakat yang majemuk, beradaptasi dengan cepat terhadap sistem dan nilai di masyarakat. Transformasi nilai dari kaum muda akan menyebabkan transformasi kepada keluarga. Adopsi gaya hidup yang lebih bebas dan sederhana melambangkan adanya transformasi nilai.

Tugas Perkembangan Keluarga

Tugas perkembangan yang pertama dan utama adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja matur dan semakin mandiri. Orang tua harus mengubah hubungan mereka dengan remaja putri atau putranya secara progresif dari hubungan dependen yang dibentuk sebelumnya ke arah suatu hubungan yang makin mandiri. Pergeseran hubungan anak dan orang tua ini salah satu hubungan khas yang penuh dengan konflik sepanjang jalan (Friedman, 1998).

Agar keluarga dapat beradaptasi dengan sukses selama tahap ini, semua anggota keluarga, khususnya orang tua, harus membuat “perubahan sistem” utama yaitu, membentuk peran dan norma-norma baru dan “membiarkan” remaja, yang artinya memberikan kesempatan kepada remaja untuk

melakukan peran barunya dan norma-norma yang baru diketahuinya dari kelompok remaja.

Kidwell, dkk (1983) secara paradoks menyatakan bahwa sistem yang digunakan oleh keluarga yang “membiarakan” anggota keluarga secara bebas untuk melakukan peran, tugas dan tanggung jawab masing-masing, ternyata dalam kenyataannya membuat keluarga dapat bertahan dan berhasil secara efektif dari generasi ke generasi.

Pendapat ini dikatakan paradoks sebab secara umum orang tidak akan setuju bahwa keluarga yang “membiarakan” akan berhasil dan efektif, namun pada kenyataannya hal tersebut merupakan fakta dan kebenaran yang timbul dalam keluarga dengan sistem ini.

Orang tua yang dalam upaya pemenuhan kebutuhan diri dan keluarga, berupaya sedemikian rupa untuk tidak membiarkan anak-anaknya, sering kali menyebabkan remaja mengalami “revolusi” atau perubahan yang berlangsung secara cepat ketika proses perpisahan dengan orang tua. Dalam keadaan seperti ini, orang tua kemudian mempercayai anak secara “prematur” dengan mengabaikan kebutuhan remaja yang sebenarnya masih ketergantungan dengan orang tua.

Misalnya, orang tua yang tidak “membiarakan” remaja, namun justru melakukan pengekangan, maka saat remaja meninggalkan rumah, misalnya saja untuk melanjutkan pendidikan remaja tinggal di luar kota dan jauh dari orang tua, maka orang tua akan melepaskan remaja untuk mandiri tanpa diberi bekal yang cukup untuk mandiri. Keadaan seperti ini akan membuat remaja merasakan perubahan yang sangat cepat, sehingga remaja berpotensi untuk mengalami masalah dalam kehidupan sehari-hari di tempat yang baru setelah perpisahan dengan orang tua. Dalam hal ini, remaja dapat gagal mencapai kemandirian (Wright an Leahey, 1984).

Pada tahap ini, hubungan perkawinan juga merupakan hal penting yang perlu diperhatikan, pasangan suami-istri perlu memfokuskan kembali hubungan perkawinan (Wilson, 1988). Pada fase ini, pasangan suami-istri berada pada kondisi terikat untuk melakukan berbagai tuntutan dan tanggung jawab sebagai orang tua sehingga perkawinan tidak lagi istimewa dan utama dalam kehidupan mereka.

Suami akan menghabiskan banyak waktu di luar rumah untuk bekerja memenuhi kebutuhan finansial keluarga dan melanjutkan karir dalam

pekerjaannya, sementara istri menghabiskan banyak waktu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga dan tanggung jawab sebagai seorang ibu. Dalam kondisi seperti ini, pasangan suami-istri hanya memiliki sedikit energi dan waktu untuk saling memperhatikan satu sama lain selayaknya hubungan perkawinan yang harmonis.

Keadaan diatas tidak selamanya berlangsung selama tahap keluarga dengan anak remaja. Saat anak-anak bertambah dewasa dan lebih bertanggung jawab terhadap diri mereka sendiri maka pasangan suami-istri dapat dengan leluasa pergi keluar rumah untuk menikmati kesenangan mereka atau meniti karir mereka dengan tidak mengabaikan hubungan perkawinan. Pasangan suami-istri dapat mulai membangun fondasi untuk tahap kehidupan keluarga berikutnya yaitu keluarga yang melepas anak usia dewasa muda.

Tahap perkembangan keluarga pada fase ini penting memperhatikan tugas perkembangan keluarga untuk para anggota keluarga, khususnya orang tua dan remaja yaitu melakukan komunikasi terbuka. Pada tahap ini timbul kesenjangan antar generasi yang mencolok sehingga sulit melakukan komunikasi terbuka antara orang tua dan remaja. Sering kali timbul tolak-menolak antara orang tua dan remaja, sering timbul konflik karena perbedaan pendapat yang sulit untuk di satukan menyangkut nilai dan gaya hidup.

Orang tua yang berasal dari keluarga dengan berbagai macam masalah, terbukti sering kali menolak dan memisahkan diri dari anak mereka yang tertua untuk menghindari konflik sehingga mengurangi kesempatan untuk berinteraksi dan berkomunikasi secara terbuka yang mungkin pada fase sebelumnya telah dimulai dengan baik.

Mempertahankan etika dan standar keluarga adalah bagian dari tugas perkembangan keluarga pada fase ini (Duvall dan Miller, 1985). Sekalipun timbul perubahan aturan-aturan dalam keluarga, namun etika dan standar moral keluarga harus tetap dipertahankan oleh orang tua. Remaja sangat sensitif terhadap ketidakcocokan antara apa dikatakan dengan apa yang diperlakukan oleh orang tua.

Meski demikian, orang tua dan remaja harus memahami satu sama lain dan dapat belajar dari kehidupan masyarakat yang majemuk dan berubah dengan cepat saat ini. Transformasi nilai dari kaum muda juga mentransformasikan keluarga. Adopsi gaya hidup yang lebih bebas dan sederhana melambangkan transformasi nilai yang memengaruhi setiap tahap kehidupan keluarga (Yankelowich, 1975, dalam Friedman).

Masalah yang Timbul Pada Keluarga dengan Tahap Perkembangan Anak Usia Remaja

Ketidakmatangan hubungan keluarga yang ditunjukkan oleh adanya konflik antar anggota-anggota keluarga, yang ditunjukkan dengan perilaku mengkritik terus-menerus atau menyebutkan komentar yang melecehkan dan merendahkan menyangkut penampilan atau perilaku anggota keluarga, sering timbul selama tahun-tahun awal masa remaja.

Pada saat ini hubungan keluarga biasanya berada pada titik rendah. Hubungan keluarga yang buruk merupakan bahaya psikologis pada setiap usia, terlebih selama masa remaja karena pada saat ini anak belum menemukan jati diri mereka, anak laki-laki dan perempuan sangat tidak percaya pada diri sendiri dan bergantung pada keluarga untuk memperoleh rasa aman. Remaja sangat memerlukan bimbingan atau bantuan dalam menguasai tugas perkembangan masa remaja.

Jika hubungan keluarga ditandai perasaan-perasaan tidak aman, pertentangan yang berlangsung terus-menerus dan remaja kurang memiliki kesempatan untuk mengembangkan pola perilaku yang tenang dan lebih matang maka remaja akan mengembangkan hubungan yang buruk dengan orang-orang di luar rumah. Remaja akan mengalami kesulitan dalam bergaul dengan orang lain di luar rumah, tampak tegang sehingga dianggap tidak matang dan kurang menyenangkan dalam hubungannya dengan masyarakat atau teman sebaya, hal ini menghambat penyesuaian sosial yang baik.

Masa remaja dikenal banyak orang sebagai masa yang indah dan penuh romantis, padahal sebenarnya masa ini merupakan masa yang penuh dengan kesukaran, bukan hanya bagi dirinya sendiri tetapi bagi keluarga dan lingkungan sosial. Masa ini akan membuat remaja mengalami kebingungan di satu pihak masih anak-anak, tetapi di lain pihak harus bertingkah laku seperti orang dewasa. Situasi ini membuat mereka dalam kondisi konflik, sehingga akan terlihat bertingkah laku aneh, canggung dan kalau tidak dikontrol dengan baik dapat menyebabkan kenakalan.

Dalam usahanya mencari identitas diri, mereka sering membantah orang tuanya, karena mulai mempunyai pendapat sendiri, cita-cita dan nilai-nilai sendiri yang berbeda dengan orang tuanya. Pendapat orang tua tidak lagi dapat dijadikan pegangan, meskipun sebenarnya mereka juga belum memiliki dasar pegangan yang kuat. Orang yang dianggap penting dalam masa ini adalah teman sebaya. Mereka berusaha untuk mengikuti apa kata teman dan bergaya

layaknya teman-temannya karena dianggap memiliki kesamaan dengan dirinya.

Remaja rentan terlibat dalam geng, dengan bergabung dalam anggota geng mereka akan saling memberi dan mendapat dukungan mental. Beberapa kasus terakhir seperti geng motor yang terlibat kegiatan merupakan bentuk dari kecenderungan tersebut. Mereka akan berani melakukan tindakan-tindakan kejahatan ketika dilakukan dalam kelompok dan tidak akan berani melakukannya secara individu.

Masalah lain yang tidak boleh diabaikan dan sering mengganggu anak remaja adalah masalah yang berkaitan dengan organ reproduksi (seksual). Satu sisi mereka sudah mencapai kematangan seksual, menyebabkan mereka memiliki dorongan untuk pemuasan hasrat seksualnya tetapi disisi lain kebudayaan dan norma sosial melarang pemuasan kebutuhan seksual di luar pernikahan.

Padahal untuk menikah banyak persyaratan yang harus dipenuhi, bukan hanya kemampuan dalam melakukan hubungan seksual, tetapi diperlukan ekonomi, kematangan psikologi, dan sebagainya. Syarat-syarat ini sangat berat dan mungkin belum dicapai pada usia remaja, karenanya para remaja mencari kepuasan dalam bentuk khayalan, membaca buku atau menonton film porno. Tingkah laku seperti ini sebenarnya tetap melanggar norma masyarakat, tetapi mereka melakukannya dengan sembunyi-sembunyi.

Untuk menghadapi situasi ini orang tua harus lebih bijaksana dalam menyikapi, cara yang tepat dilakukan adalah dengan mengurangi kontrol atau pengekangan secara bertahap terhadap anaknya, sehingga mereka dapat tumbuh dewasa secara bertahap.

Masalah-Masalah Kesehatan

Secara umum kesehatan fisik anggota keluarga biasanya baik pada tahap ini, namun promosi kesehatan merupakan hal yang penting. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan masalah kesehatan harus diidentifikasi dan dibicarakan dengan keluarga, seperti pentingnya gaya hidup keluarga yang sehat mulai dari usia 35 tahun menghindari terjadinya penyakit jantung koroner meningkat di kalangan pria dan pada usia ini anggota keluarga yang dewasa mulai merasa lebih rentan terhadap penyakit sebagai bagian dari perubahan-perubahan perkembangan dan biasanya mereka ini lebih menerima strategi promosi kesehatan.

Pada sisi lain, masalah-masalah kesehatan yang sering timbul pada remaja adalah sebagai dampak dari kejadian kecelakaan terutama kecelakaan mobil yang menyebabkan bahaya yang amat besar atau akibat dari aktivitas olahraga atletik yang diikutinya juga dapat menimbulkan cedera yang serius (Friedman, 1998).

Penggunaan obat-obatan terlarang dan alkohol, keluarga berencana, kehamilan yang tidak dikehendaki, pendidikan dan konseling seks merupakan hal yang penting diperhatikan pada tahap ini. Untuk mendiskusikan masalah ini dengan keluarga, perawat perlu bijaksana agar tidak terjebak dalam perselisihan atau masalah dengan orang tua dan kaum muda. Remaja biasanya mencari pelayanan kesehatan untuk melakukan tes atau uji kehamilan, menggunakan obat-obatan, uji AIDS, penggunaan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan dan aborsi serta diagnosis dan perawatan penyakit kelamin. Remaja akan melakukan perawatan kesehatan dengan tidak melibatkan atau mendapat izin orang tua. Bila orang tua diikutsertakan maka dilakukan wawancara terpisah sebelum mereka dikumpulkan (Friedman, 1998).

Fase ini, keluarga memerlukan konseling bidang hubungan dan bantuan untuk memperkuuh keharmonisan perkawinan serta hubungan remaja dengan orang tua. Konseling langsung untuk memberi dukungan atau melakukan rujukan ke sumber-sumber dalam komunitas untuk konseling, dapat juga dalam bentuk pembelajaran yang bersifat rekreasi serta pendidikan berupa promosi kesehatan umum (Friedman, 1998).

Bab 11

Proses Keperawatan Keluarga Pada Lansia

11.1 Pendahuluan

Lansia adalah kelompok rentan yang mudah dipengaruhi kesehatannya jika tidak dilakukan upaya-upaya pemeliharaan kesehatan. Kerentanan adalah hasil dari interaksi kompleks dari risiko-risiko seperti terpapar bahaya kesehatan di lingkungan sekitar, kurangnya mekanisme pertahanan tubuh atau sumber daya yang menurun untuk menghadapi ancaman (Marianti, R dan Butterfill, E. S, 2013).

Seiring bertambahnya usia seseorang maka secara normal akan terjadi penurunan fungsional pada fungsi fisik dan psikologis. Perubahan ini akan berdampak kepada kesehatan lansia secara umum. Kemenkes RI sejak tahun 2020 telah menjalankan berbagai program untuk kesehatan lansia termasuk pelayanan khusus akibat pandemi COVID-19, karena lansia kelompok rentan yang paling berisiko (PMK, 2021).

Keluarga adalah tempat berkumpulnya beberapa orang dalam satu rumah tangga yang memiliki hubungan darah, hubungan perkawinan dan saling berinteraksi, memiliki perannya masing-masing dalam mempertahankan

budaya mereka (Salvacion dan Celis (1998) dalam (Baron, R. A dan Donn, B, 2003).

Keluarga terdiri dari dua generasi, termasuk orang tua (umumnya dianggap heteroseksual) dan anak-anak dengan anggota keluarga perempuan umumnya diharapkan melakukan sebagian besar pengasuhan di dalam rumah tangga. Dan pandangan tertentu tentang peran keibuan dan perempuan dianggap sebagai pengalaman yang aman dalam pengasuhan. Meskipun ide-ide ini mendominasi, variasi yang cukup besar dalam pengalaman banyak orang yang kadang bertentangan dengan gagasan ini (Kaakinen, J. R dkk, 2010).

Kehidupan lansia di keluarga memiliki konsekuensi jangka panjang yang signifikan pada hubungan dekat selama ini dengan anggota keluarga, pekerjaan, dan kehidupan sepanjang perjalanan hidupnya. Ini bisa terlihat pada pilihan gaya hidup yang memengaruhi kesehatan pada lanjut usia. Ikatan keluarga ini akan memengaruhi pelayanan kesehatan yang diperoleh lansia sepanjang hidupnya (Kaakinen, J. R dkk, 2010). Presentasi lansia menurut status tinggal bersama tiga generasi di dalam rumah sejumlah 39,10% (Kemenkes, Bersama Lansia Keluarga Bahagia, 2021). Sehingga perlu adanya hubungan yang baik bersama anggota keluarga sepanjang masa kehidupan berkeluarga.

Keluarga merupakan tempat mempelajari berbagai hal termasuk mempertahankan keadaan sehat dan terhindar dari permasalahan akibat suatu penyakit (Sahar, J., Setiawan, A. dan Riasmini, N. M, 2019). Bersama keluarga yang berfungsi dalam fungsi perawatan kesehatan lansia akan mendapatkan dukungan kesehatan yang optimal untuk beradaptasi dengan kondisi fungsional tubuh yang menurun. Keluarga perlu mengenal masalah kesehatan yang sedang dihadapi lansia.

Keluarga akan mengambil keputusan tepat untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut, sehingga keluarga mampu untuk melakukan perawatan sederhana yang tepat untuk mengatasi dan mencegah dampak yang lebih berat pada kesehatan lansia. Perlu juga bagi keluarga untuk memodifikasi lingkungan yang sesuai kondisi kesehatan lansia saat ini dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan untuk pemantauan rutin oleh tenaga kesehatan profesional (Stanhope & Lancaster, 2016).

11.2 Konsep Lansia

Menjadi tua adalah proses yang tidak dapat dihindari oleh setiap manusia. Secara siklus kehidupan dimulai dari masa Bayi dan berakhir dengan masa lansia. Namun tidak ada pengaruh penilaian ciri menjadi tua dengan kejadian penyakit kronis (Stanley dan Beare, 2007).

Masalah kesehatan yang dialami lansia sebanyak 42,22% dengan jumlah 22,48% nya mengalami gangguan aktivitas sehari-hari atau membutuhkan perawatan kesehatan. Hanya 5,26% lansia yang pernah dirawat inap dalam setahun terakhir (Girsang, A. P. L., dkk, 2021).

Klasifikasi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun dan lebih tinggi (UU nomor 13 tahun 1998 dalam (Girsang, A. P. L., dkk, 2021). Pada tahun 2021 lansia sudah mencapai 10,82% yang artinya Indonesia sudah memasuki fase struktur penduduk menua, yang ditandai proporsi penduduk berusia 60 tahun ke atas sudah melebihi 10 persen dari total penduduk (Kemenkes, 2017). Sejumlah 63,65% lansia di Indonesia berada pada kelompok usia lansia muda (60-69 tahun), 27,66% lansia madya (70-79 tahun) dan 8,68% lansia tua (80 tahun ke atas) (Girsang, A. P. L., dkk, 2021).

Sejumlah 29,52% rumah tangga di Indonesia ditinggali oleh lansia, baik lansia yang tinggal bersama keluarga maupun lansia yang tinggal sendirian (9,9%). Hampir tiga dari 5 keluarga (59,21%) memiliki lansia sebagai kepala keluarga. WHO (1977) menyebutkan bahwa lansia yang hidup sendiri sebagai kelompok yang membutuhkan perhatian khusus (Girsang, A. P. L., dkk, 2021).

Teori Penuaan

Setiap orang akan mengalami penuaan, merupakan kondisi yang tidak dapat dihindari. Penuaan adalah normal dapat diramalkan pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Namun keadaan penuaan dipengaruhi oleh faktor herediter, stresor lingkungan, nutrisi dan faktor lainnya (Stanley dan Beare, 2007).

Terdapat dua jenis teori yang menjelaskan tentang penuaan yaitu teori biologis dan teori psikologis. Teori biologis terdiri dari teori genetika, *wear and tear*, riwayat lingkungan, imunitas, dan neuroendokrin. Secara umum perubahan biologis yang terjadi merupakan akibat gen yang diwariskan, atau akibat

radikal bebas, dan dapat juga akibat pajanan terhadap hal-hal yang berbahaya, daya tahan tubuh yang menurun, atau kelebihan dan kekurangan produksi hormon.

Teori psikologis terdiri dari teori kepribadian, tugas perkembangan, teori pemutusan, teori aktivitas, dan teori kontinuitas. Perubahan psikologis yang dapat terlihat yaitu lansia menjadi introvert atau ekstrover, menjadi pribadi yang matang, lansia memutuskan untuk refleksi diri, lebih aktif secara sosial karena lebih banyak waktu luang, dan lansia mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat penuaan (Stanley dan Beare, 2007). Lansia dapat menikmati masa tuanya dipengaruhi oleh kedua teori ini.

11.3 Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia

Berikut contoh kasus pelaksanaan proses keperawatan pada lansia di rumah.

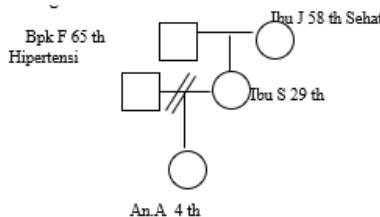
Pengkajian

Data Umum:

1. Nama Kepala Keluarga (KK) : Bpk F
2. Usia : 65 Tahun.
3. Pendidikan : SMA
4. Pekerjaan : Tidak bekerja
5. Alamat : RT 1 RW 1
6. Tanggal pengkajian : 1 April 2022
7. Komposisi anggota keluarga :

No	Nama	Jenis Kelamin	Hub. Dengan KK	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Ket
1.	Ibu J	Perempuan	Istri	58	Tidak sekolah	Wiraswasta	
2.	Ibu S	Perempuan	Anak	29	SMA	Swasta	
3.	An.A	Perempuan	Cucu	4	-	-	

8. Genogram



9. Tipe keluarga

Keluarga Bpk F termasuk ke dalam tipe extended family.

10. Suku bangsa

Suku bangsa keluarga Bpk F bersuku Betawi, yang mempunyai kebiasaan masak sayur dengan menggunakan santan dan rasanya asin.

11. Agama

Keluarga Bpk F menganut agama Islam, masing-masing anggota keluarga menjalankan ibadahnya sesuai dengan aturan agama yang dianut dan tidak ada keyakinan yang lain.

12. Status sosial ekonomi keluarga

1. Penghasilan keluarga Bpk F kurang dari Rp. 1.500.000,- per bulan
2. Pengeluaran rata-rata kurang dari Rp. 1.500.000,-

Sumber dana yang digunakan berasal dari Ibu J dengan berjualan nasi uduk, pensiunan Bpk F, dan mendapat tambahan dari anaknya.

13. Aktivitas rekreasi keluarga

Keluarga Bpk F melakukan rekreasi dengan menonton televisi di rumah, bersantai duduk di depan rumah sambil bermain dengan cucunya dan berjualan di warung.

Riwayat dan Perkembangan Keluarga

14. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Keluarga Bpk F berada pada tahap perkembangan Lansia di mana tugas keluarganya adalah :

- a. mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan;

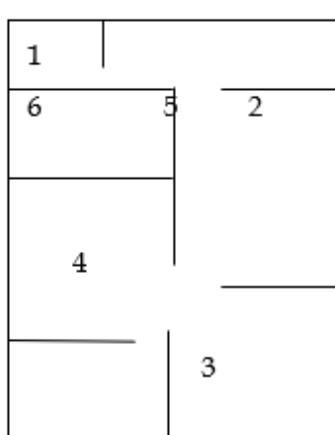
- b. adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan;
 - c. mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat;
 - d. melakukan life review.
15. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
Keluarga Bpk F secara umum telah memenuhi tugas perkembangan untuk keluarga dengan lansia. Ada satu yang belum terpenuhi mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat, karena masih fokus mempertahankan pendapatan.
16. Riwayat keluarga inti
Bpk F menikah dengan istrinya Ibu J atas dasar saling mencintai. Sejak muda Bpk F sudah mempunyai kebiasaan merokok dan minum kopi. Bpk F menderita penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu.
17. Riwayat keluarga sebelumnya
Kakak dari Bpk F menderita penyakit hipertensi dan sudah meninggal. Pihak istri tidak ada yang menderita penyakit hipertensi.

Lingkungan

18. Karakteristik Rumah
Rumah sempit, teras depan dipakai Ibu J untuk berjualan nasi uduk pagi hari. Ukuran rumah 60 m², tipe rumah permanen, lantai rumah keramik dan agak kotor. Keluarga membersihkan rumah 1 kali sehari jumlah ruangan yaitu ruang tamu, kamar tidur 2 buah dan dapur, ventilasi: jendela di depan dan selalu dibuka setiap hari, perabotan tidak banyak sehingga dalam rumah terlihat lebih luas.
Jamban milik sendiri dengan pembuangan kotoran menggunakan septik tank, di mana jarak septik tank kurang memenuhi syarat kesehatan. Air minum menggunakan pompa, di mana airnya tidak berasa, berbau dan berubah warna sehingga layak untuk dikonsumsi. Penerangan setiap ruangan memakai lampu listrik untuk malam hari dan siang hari cukup dengan terangnya sinar matahari dari pintu yang selalu terbuka, sehingga memenuhi syarat kesehatan.

Air bekas cucian, mandi dialirkan ke bak penampungan di belakang rumah dan tertutup. Adapun untuk pembuangan sampah dikumpulkan kemudian diambil/ diangkut oleh petugas sampah setiap hari.

Denah Rumah :



Keterangan :

1. Teras (warung)
2. Ruang tamu
3. Ruang tengah
4. Kamar tidur
5. Dapur
6. Kamar mandi/WC

19. Karakteristik tetangga dan interaksi dengan masyarakat

Tetangga sekitarnya kenal dengan keluarga Bpk F dan jarak rumah berdekatan dengan tetangga. Sebagian besar tetangga bekerja sebagai pedagang atau wiraswasta, dan buruh. Fasilitas Posbindu sudah ada, masjid dekat dengan rumah Bpk F. Jarak rumah dengan Puskesmas sekitar 3 Km dengan alat transportasi menggunakan angkot, dan ojek, kalau ke dokter praktek/swasta atau klinik jaraknya sekitar 1 Km

20. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga sudah sejak tahun 2000 tinggal di sana, tidak pernah pindah-pindah rumah.

21. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Ibu J kadang-kadang mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat seperti pengajian dan arisan, namun bapak tidak. Menurut Bpk F, ia dan istrinya setiap harinya sibuk mengurus cucu dan berjualan.

22. Sistem pendukung keluarga

Anak Bpk F, Ibu S, ikut tinggal bersama orangtuanya sejak bercerai enam bulan yang lalu. Namun menurut keluarga dengan perceraian ini penyakit Bpk F sering kambuh Bpk F sering sakit kepala dan tensi

kadang tinggi. Ibu J yang sering mengantarkan Bpk F untuk ke klinik jika Bpk F mengalami sakit. Keluarga memiliki kartu BPJS untuk berobat.

Struktur Keluarga

23. Pola komunikasi keluarga

Pola komunikasi dalam keluarga antara Bpk F dan Ibu J terbuka dalam hal apapun dengan bercerita. Tetapi kadang-kadang Bpk F suka diam tidak mau cerita apabila ada masalah karena khawatir menambah beban pikiran istrinya, tetapi kadang juga kalau Bpk F merasa kesal, yang jadi sasaran untuk omelan adalah Ibu J. Ibu J mengatakan suka membiarkannya nanti juga berhenti sendiri. Keluarga bicara menggunakan bahasa Indonesia dengan logat betawi.

24. Struktur kekuatan keluarga

Ibu J mengatakan di dalam keluarganya sebagai pengambil keputusan adalah Bpk. F selaku kepala rumah tangga. Tetapi menurutnya, setiap anggota keluarga mempunyai perannya masing-masing dalam mengutarakan isi hati dan pendapatnya, jika ada masalah selalu dimusyawarahkan bersama.

25. Struktur peran

a. Formal

- Bpk. F mampu menjalankan perannya sebagai suami maupun kepala rumah tangga, meskipun sudah pensiun.
- Ibu J menjalankan perannya sebagai istri, pendamping suami, mendidik cucunya yang tinggal bersamanya dan membantu perekonomian keluarga dengan berjualan gado-gado.
- Ibu S menjalankan perannya sebagai anak.
- An. A menjalankan perannya sebagai cucu.

b. Informal

- Bpk F merupakan seorang suami yang tegas, dan sebagai pengatur rumah tangga sehingga Bpk F tidak suka diatur-atur hidupnya.

- Ibu J merupakan istri yang penyabar, tidak pernah marah selalu mengingatkan Bpk F agar menjaga kesehatan tetapi belum mengetahui bagaimana cara merawat penyakit yang diderita suaminya.
 - Ibu. S merupakan Anak dan membantu keuangan bagi Bpk F dan Ibu J.
26. Nilai dan norma budaya

Menurut keluarga, norma yang berlaku di dalam keluarga adalah agama, adat istiadat, budaya, sosial. Bpk F menanamkan kepada istri dan anak untuk selalu menghargai orang lain jika ingin dihargai.

Fungsi Keluarga

27. Fungsi afektif

Menurut keluarga, mereka saling menyayangi, kalau Bpk F sering marah-marah kalau ada kekesalan Ibu J hanya mendiamkannya. Menurut Ibu J perhatian ia dan suaminya kepada cucunya An. A sangat besar karena kasihan masih kecil sudah ditinggal bapaknya, dan ibunya kerja sendirian untuk biaya anaknya. Ibu J mengatakan pengaruh Bpk F sangat menonjol di dalam perilaku anaknya antara lain pekerja keras, disiplin dan bertanggung jawab.

Ibu J mengatakan pola pengasuhan yang diterapkan kepada anak dan cucunya adalah mendidik sopan-santun, disiplin, hormat kepada orang tua, serta memberi kasih sayang. Dengan adanya salah satu anggota keluarga yang menderita penyakit hipertensi kecenderungan untuk terjadinya ketegangan antar anggota keluarga, respons emosional seperti mudah marah.

28. Fungsi sosial

Keluarga mengatakan anak dan cucu diperbolehkan untuk bergaul dengan banyak orang, tanpa dibedakan. Kegiatan bersama keluarga besar saat arisan, anak dan cucu diajak untuk ikut hadir dan bersosialisasi.

29. Fungsi perawatan kesehatan

Hipertensi:

a. Kemampuan mengenal masalah

Bpk F saat ini sedang menderita penyakit hipertensi, hal ini sudah terjadi sejak 10 tahun lalu. Ibu J mengatakan bahwa kenaikan tekanan darah merupakan kondisi yang berbahaya, dan masalah yang harus segera diatasi, tetapi keluarga mengatakan belum paham apa yang menjadi penyebab, tanda dan gejala, akibat hipertensi dan cara perawatannya .

b. Kemampuan mengambil keputusan

Ibu J mengatakan mengetahui penyakit yang diderita oleh suaminya, Bpk F sering mengeluh pusing, tekanan darahnya sering tinggi. Ibu J mengatakan takut jika penyakit yang diderita Bpk F akan bertambah parah bahkan menyebabkan kematian, makanya Bpk F rutin ke posbindu untuk periksa tekanan darah.

c. Kemampuan merawat

Bpk F mengatakan melakukan secara rutin setiap bulan dalam memeriksakan penyakit hipertensinya ke posbindu. Selama ini Bpk F tidak pernah olahraga dan mengikuti senam lansia yang secara rutin diadakan dengan alasan tidak ada waktu. Dalam mengolah makanan sehari-hari untuk keluarga dilakukan oleh Ibu J sendiri, di mana ibu J sudah mengurangi garam, tetapi Bpk F selalu menambahkan garam sendiri dan bila diingatkan akan marah-marah. Bpk F juga masih minum kopi 2 gelas/hari dan rokok kurang lebih 4 batang/hari. Keluarga mengatakan bila Bpk F marah-marah suka dilampiaskan pada anggota keluarga dan anggota keluarga mendiamkan saja nanti juga katanya berhenti sendiri. Frekuensi makan Bpk F, 3 kali sehari, minum air putih lebih dari 8 gelas perhari, suka minum kopi.

d. Kemampuan memodifikasi lingkungan

Penataan perabotan rumah tertata rapi, lantai rumah, di kamar mandi tidak licin. Dukungan dari masyarakat sangat memfasilitasinya, seperti kader-kadernya sangat perhatian terhadap kesehatan masyarakatnya. Ibu J mengatakan jika

memasak menggunakan penyedap rasa, tapi sudah mengurangi garam untuk menggoreng makanan maupun menyayur. Ibu J mengatakan jarang memasak melainkan beli sayur atau lauk yang sudah matang di warung.

e. Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan

Bpk F mengatakan rutin ke posyandu lansia yang diadakan sebulan 2 kali untuk periksa tekanan darah dan mendapatkan obat.

Stres dan coping keluarga

30. Stresor jangka pendek

Bpk F mengalami cemas bila sering diingatkan atau dinasihati tentang penyakitnya.

31. Kemampuan keluarga berespons terhadap masalah

Respons keluarga terhadap hipertensi adalah bahwa keluarga menerima penyakit Bpk F merupakan penyakit yang harus ditanggulangi, sehingga anggota keluarga selalu menasihati Bpk F pergi untuk periksa rutin ke posyandu, tidak makan asin-asin, tidak minum kopi dan merokok.

32. Strategi coping yang digunakan

Jika ada masalah Bpk F cenderung marah-marah, tapi kadang-kadang diam. Anggota keluarga yang lain menghadapinya dengan mendiamkannya bila Bpk F sedang marah-marah.

33. Strategi adaptasi difungsional

Bpk F bila dalam menghadapi masalah dengan cara marah-marah dan kadang-kadang diam, sedangkan anggota keluarga menghadapi dengan hanya didiamkan saja.

Pemeriksaan Fisik

No.	Pemeriksaan	Bpk F	Ibu J	An. A
A.	Pemeriksaan Umum <ul style="list-style-type: none"> 1. Penampilan Umum <ul style="list-style-type: none"> • Tahap perkembangan • Jenis kelamin • Cara 	Lanjut Usia Laki-laki Cukup rapi, sehari-hari pakai kaos dan celana pendek Bersih	Pra Lanjut usia Perempuan Rapi, bahkan pakaian dari katun model daster, sesuai dengan bentuk tubuhnya, tidak ketat Bersih	Balita Perempuan Rapi, bahan pakaian dari kaos dan celana pendek, sesuai dengan usia Bersih

	<ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan personal • Postur dan cara berjalan • Bentuk dan ukuran tubuh 	Tegak, berjalan seimbang tidak sempoyongan Proporsional sesuai dengan tinggi badan, BB : 58 kg, TB : 160 cm Tanggal 1/04/2022 : TD : 150/90 mm Hg, Nadi 82 x/mnt, RR : 22 x/mnt, Suhu : 36 °C	Tegak, berjalan seimbang tidak sempoyongan Proporsional sesuai dengan tinggi badan, BB : 48kg, TB : 150 cm TD : 120/90 mm Hg, N 80 x/mnt,R : 20 x/mnt, Suhu : 37 °C	Tegak, berjalan seimbang Proporsional sesuai dengan tinggi badan, BB : 12 kg, TB : 98 cm LLA : 10 cm N 80 x/mnt,R : 20 x/mnt, Suhu : 37 °C
	2. Status mental dan cara berbicara: <ul style="list-style-type: none"> • Status emosi • Tingkat kecerdasan • Orientasi • Proses berpikir/kecer dasan • Gaya bicara 	Tidak stabil (cepat marah) Rata-rata Baik, dapat mengenal waktu, tempat, dan orang Baik, tidak loncat-loncat dalam berbicara, cepat tanggap dalam berkomunikasi Bicara dengan gerakan dan lancar	Stabil Rata-rata Baik, dapat mengenal waktu, tempat, dan orang Baik, tidak loncat-loncat dalam berbicara, cepat tanggap dalam berkomunikasi Bicara dengan gerakan dan lancar	Stabil Rata-rata Baik, dapat mengenal waktu, tempat, dan orang Baik, tidak loncat-loncat dalam berbicara, cepat tanggap dalam berkomunikasi Bicara dengan gerakan dan lancar
B.	Pemeriksaan Kulit, Rambut & Kuku	Didokumentasikan sesuai hasil pemeriksaan inspeksi dan palpasi	Didokumentasikan sesuai hasil pemeriksaan inspeksi dan palpasi	Didokumentasikan sesuai hasil pemeriksaan inspeksi dan palpasi
C.	Pemeriksaan Kepala Telinga, Hidung, Sinus, Mulut, Tenggorokan Dan Leher	Didokumentasikan hasil pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, auskultasi. Termasuk NI, N II, III, IV, V, VI, VII, NXII	Didokumentasikan hasil pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, auskultasi. Termasuk NI, N II, III, IV, V, VI, VII, NXII	Didokumentasikan hasil pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, auskultasi. Termasuk NI, N II, III, IV, V, VI, VII, NXII
D.	Pemeriksaan Dada ; Pernafasan	RR klien : 22 kali/mnt, irama pernafasan reguler. Bentuk dada elips (normal) tidak ada retraksi otot-otot rongga dada, adanya tambahan (ronchi), warna kulit sama /konsisten dengan warna kulit sekitarnya (bagian tubuh lainnya) Pada saat pemeriksaan eksponsi dada, pada saat klien menarik nafas didapatkan bahwa tekanannya sama tidak ada otot-otot pernafasan yang tertinggal dan pada tactil fremitus vibrasi dirasakan sama di setiap daerah posterior. Hasil perkusi resonan pada setiap daerah punggung klien Terdengar suara nafas tambahan yaitu adanya ronchi dan suara nafas vesicular. Tidak ada batuk.	RR klien : 20 kali/mnt, irama pernafasan reguler . Bentuk dada elips (normal) tidak ada retraksi otot-otot rongga dada, warna kulit sama /konsisten dengan warna kulit sekitarnya Pada saat pemeriksaan eksponsi dada, pada saat klien menarik nafas didapatkan bahwa tekanannya sama tidak ada otot-otot pernafasan yang tertinggal dan pada tactil fremitus vibrasi dirasakan sama di setiap daerah posterior. Hasil perkusi resonan pada setiap daerah punggung klien. Suara nafas vesicular	RR klien : 20 kali/mnt, irama pernafasan reguler . Bentuk dada elips (normal) tidak ada retraksi otot-otot rongga dada, warna kulit sama /konsisten dengan warna kulit sekitarnya Pada saat pemeriksaan eksponsi dada, pada saat klien menarik nafas didapatkan bahwa tekanannya sama tidak ada otot-otot pernafasan yang tertinggal dan pada tactil fremitus vibrasi dirasakan sama di setiap daerah posterior. Hasil perkusi resonan pada setiap daerah punggung klien. Suara nafas vesicular
E.	Pemeriksaan Dada; Sistem Kardiovaskuler	Posisi Klien duduk, kulit muka, bibir konsisten dengan daerah kulit sekitar tubuh (tidak ada cianosis), kepala tegak Vena jugularis, tidak terlihat adanya pembesaran, pulsasi arteri karotis tampak bilateral. Jari relatif datar dan merah muda dengan dasar kuku seperti bulan sabit putih, leher dan ekstremitas proporsional	Posisi Klien duduk, kulit muka, bibir konsisten dengan daerah kulit sekitar tubuh (tidak ada cianosis), kepala tegak Vena jugularis, tidak terlihat adanya pembesaran, pulsasi arteri karotis tampak bilateral. Jari relatif datar dan merah muda dengan dasar kuku seperti bulan sabit putih, leher dan ekstremitas proporsional	Posisi Klien duduk, kulit muka, bibir konsisten dengan daerah kulit sekitar tubuh (tidak ada cianosis), kepala tegak Vena jugularis tidak terlihat adanya pembesaran, pulsasi arteri karotis tampak bilateral. Jari relatif datar dan merah muda dengan dasar kuku seperti bulan sabit putih, leher dan ekstremitas proporsional Perkusii di ICS 5 garis axilla anterior kiri yaitu di atas paru,

		Perkusi di ICS 5 garis axilla anterior kiri yaitu di atas paru, dan dirasakan suara resonansi. Perkusi pada ICS 5 di atas mid clavicula ,kiri dan batas sternum kiri, di atas jantung, dirasakan suara dulness, Suara jantung 2 (S2) terdengar lebih keras dibanding suara jantung 1 (S1).	Perkusi di ICS 5 garis axilla anterior kiri yaitu di atas paru, dan dirasakan suara resonansi. Perkusi pada ICS 5 di atas mid clavicula ,kiri dan batas sternum kiri, di atas jantung, dirasakan suara dulness, Suara jantung 2 (S2) terdengar lebih keras dibanding suara jantung 1 (S1).	dan dirasakan suara resonansi. Perkusi pada ICS 5 di atas mid clavicula ,kiri dan batas sternum kiri, di atas jantung, dirasakan suara dulness, Suara jantung 2 (S2) terdengar lebih keras dibanding suara jantung 1 (S1).
F.	Pemeriksaan Payudara & Aksila	Didokumentasikan sesuai pemeriksaan inspeksi, dan wawancara	Didokumentasikan sesuai pemeriksaan inspeksi, dan wawancara	-
G.	Pemeriksaan Abdomen	Abdomen dibagi 4 kuadran dan 9 region. Dokumentasi sesuai pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.	Abdomen dibagi 4 kuadran region. Dokumentasi sesuai pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.	Abdomen dibagi 4 kuadran region. Dokumentasi sesuai pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.
H.	Pemeriksaan Ekstremitas Atas 1. Bahu 2. Siku 3. Pergelangan tangan dan telapak tangan	Dokumentasi hasil pemeriksaan inspeksi, palpasi untuk kondisi tubuh, rentang gerak, kekuatan otot dan refleks	Dokumentasi hasil pemeriksaan inspeksi, palpasi untuk kondisi tubuh dan rentang gerak.	Dokumentasi hasil pemeriksaan inspeksi, palpasi untuk kondisi tubuh dan rentang gerak.
I	Pemeriksaan Ekstremitas Bawah 1. Panggul 2. Lutut 3. Pergelangan kaki dan telapak kaki 4. Kekuatan otot	Dokumentasi hasil pemeriksaan inspeksi, palpasi, rentang gerak, kekuatan otot dan refleks	Dokumentasi hasil pemeriksaan inspeksi, palpasi, rentang gerak, kekuatan otot dan refleks	Dokumentasi hasil pemeriksaan inspeksi, palpasi dan rentang gerak.

Harapan Keluarga Terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga

Keluarga berharap dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga ini dapat dilakukan secara teratur dan berkesinambungan atau dilanjutkan sehingga keluarga bisa bertanya apabila mempunyai masalah kesehatan yang dihadapi dan diberitahu bagaimana cara menanggulangi permasalahan yang ada atau cara merawatnya.

11.3.1 Diagnosa Keperawatan Keluarga dan Skoring Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS : - Keluarga mengatakan tidak paham lebih jauh tentang penyebab, tanda dan gejala penyakit hipertensi - Keluarga mengatakan penyebab pusing adalah karena tensi tinggi - Keluarga mengatakan bahwa Bpk F sering pusing-pusing dan tengkuk kaku - Keluarga mengatakan bahwa Bpk F rutin datang ke posyandu lansia untuk periksa tekanan darah dan mendapatkan obat - Keluarga mengatakan hanya tahu akibat hipertensi tidak dikelola dengan baik menyebabkan stroke - Bpk F mengatakan makanan kesukaannya adalah nasi dengan	Ketidakmampuan Keluarga merawat anggota keluarga dengan hipertensi	Manajemen kesehatan tidak efektif

	<ul style="list-style-type: none"> - telur mata sapi. - Keluarga mengatakan bahwa dalam mengolah makanan/masakan untuk Bpk F sudah mengurangi penggunaan garam, tetapi Bpk selalu menambahkan sendiri dan bila diingatkan akan marah - Keluarga mengatakan bahwa Bpk F tidak pernah olah raga - Keluarga mengatakan ada wadah kegiatan (Pos Bindu) di masyarakat yang mengelola lansia dalam berolah raga tapi keluarga tidak pernah mengikutinya karena tidak ada waktu. - Ibu J mengatakan Bpk F bila ada masalah cenderung diam - Keluarga mengatakan bahwa Bpk F minum kopi 2 kali sehari dan merokok kurang lebih 4 batang/hari. - Ibu J mengatakan sering tidak ada waktu untuk masak sendiri sehingga sering beli sayur matang di warung. <p>DO :</p> <p>TD : 150/90 mm Hg</p> <p>Nadi : 82 x/mnt</p> <p>Respirasi : 22 x/mnt</p> <p>Suhu : 36 C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bpk F menderita penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. 		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bpk F suka diam tidak mau cerita apabila ada masalah karena khawatir menambah beban pikiran istrinya, tetapi kadang juga kalau Bpk F merasa kesal, yang jadi dasarannya untuk omelan adalah Ibu J. - Anak Bpk F, Ibu S, ikut tinggal bersama orangtuanya sejak bercerai enam bulan yang lalu. Namun menurut keluarga dengan perceraian ini penyakit Bpk F sering kambuh Bpk F sering sakit kepala dan tensi kadang tinggi. - Jika ada masalah Bpk F cenderung marah-marah, tapi kadang-kadang diam. Anggota keluarga yang lain menghadapinya dengan mendiamkannya bila Bpk F sedang marah-marah. - Bpk F mengalami cemas bila sering diingatkan atau dinasehati tentang penyakitnya. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tugas perkembangan keluarga lansia yang belum terpenuhi yaitu mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat, karena masih fokus mempertahankan pendapatannya. 	KMK mengambil keputusan yang tepat untuk mencegah penyakit hipertensi	Gangguan Proses Keluarga

11.3.2 Perencanaan Keperawatan

Prioritas Masalah

1. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah : Aktual	3/3 x 1= 1	Masalah telah terjadi, Bpk F belum mampu melaksanakan upaya-upaya untuk meningkatkan kesehatannya walaupun tensi masih kadang tinggi : TD 150/90 mm Hg
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah: sebagian	1/2 x 2 = 1	Bpk F belum maksimal melakukan tindakan pencegahan (masih minum kopi, merokok, makan asin, tidak olahraga), keluarga sudah berusaha mengurangi penggunaan garam pada masakan sehari-hari dan pelayanan kesehatan mudah dijangkau.
3.	Potensi masalah untuk dicegah : tinggi	3/3 x 1 = 1	Masalah sudah terjadi selama 10 tahun, masih hipertensi derajat 1, tetapi dengan motivasi keluarga yang tinggi untuk mengubah pola hidup dapat mencegah terjadinya penyakit hipertensi yang lebih berat (Stroke) walaupun Bpk F saat ini seorang lansia.
4.	Menonjolnya masalah : Masalah berat harus segera ditangani	2/2 x 1 = 1	Keluarga mengatakan bahwa masalah pada Bpk F cukup berat dan harus segera ditangani karena penyakit sudah cukup lama dirasakan.
		4	

2. Gangguan Proses Keluarga

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah : Aktual	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah telah terjadi, belum terjalannya komunikasi terbuka untuk penanggulangan penyakit hipertensi pada Bpk F
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian	$1/2 \times 2 = 1$	Ibu J penuh kesabaran dalam mengingatkan Bpk F apabila masih melanggar pantangan konsumsi garam. Ibu J tetap mengingatkan Bpk F walaupun Bpk F sering marah apabila diingatkan untuk berhenti merokok, minum kopi dan menambahkan garam pada makanan yang tidak ada rasa.
3.	Potensi masalah untuk dicegah : rendah	$1/3 \times 1 = 1/3$	Masalah terjadi karena Bpk F masih mengikuti kebiasaannya sendiri belum mau mengikuti nasehat dari ibu J. Walaupun kejadian hipertensi sudah lama, namun kadang Bpk F takut membuat sedih ibu J dan minta maaf karena masih belum bisa mengurangi konsumsi garam, merokok dan minum kopi.
4.	Menonjolnya masalah : Masalah ada tidak harus segera ditangani	$1/2 \times 1 = 1/2$	Keluarga merasakan adanya konflik yang masih belum terselesaikan untuk mengatasi hipertensi pada Bpk F. Namun keluarga masih bisa beradaptasi dengan perilaku Bpk F yang belum mendengarkan nasehat ibu J.
		2 1/2	

Daftar Diagnosa Keperawatan Keluarga

1. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak efektif

2. Gangguan Proses Keluarga

Catatan:

Diagnosa keperawatan dengan sasaran individu hipertensi secara fisiologis juga dapat diangkat dengan mempertimbangkan data fungsional kardiovaskular lansia. Pembuatan skoring mempertimbangkan data adaptif dan mal adaptif yang sudah diperoleh dari hasil pengkajian yang akan memengaruhi penentuan kriteria skoring dan pemberian.

Perencanaan Keperawatan Keluarga

(PPNI T. P., 2019)

Data	Diagnosa	SLKI		SIKI	
		Kode/ Kriteria	Hasil	Kode	Intervensi
Dituliskan semua data DS dan DO sesuai Analisa Data	Kode: D.0116: Manajemen Kesehatan Tidak Efektif	Keluarga mampu merawat Bpk F dengan Hipertensi L.12104: Manajemen Kesehatan - Mengurangi tindakan untuk mengurangi faktor risiko	- Cukup menurun menjadi cukup meningkat - Sedang menjadi meningkat	I. 12383: Edukasi kesehatan I. 12360: Bimbingan Sistem kesehatan	- Observasi - Terapeutik - Edukasi - Observasi - Terapeutik - Edukasi

		<ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan <p>L.12106: Pemeliharaan Kesehatan - Menunjukkan pemahaman perilaku sehat - Kemampuan menjalankan perilaku sehat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedang menjadi Meningkat cukup menurun menjadi cukup meningkat 	<p>I. 09312: Promosi Koping</p> <p>I. 12472: Promosi Perilaku Upaya Kesehatan</p> <p>I. 09313: Promosi Sistem Pendukung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi - Terapeutik - Edukasi <p>- Observasi</p> <p>- Terapeutik</p> <p>- Edukasi</p> <p>- Observasi</p> <p>- Terapeutik</p> <p>- Edukasi</p>
--	--	--	--	---	--

Diagnosa keperawatan selanjutnya menggunakan pola dokumentasi yang sama.

11.3.3 Implementasi dan Evaluasi

Catatan Perkembangan

No.	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Tgl/ TTD
1.	Tuliskan kalimat diagnosa keperawatan	Tuliskan Implementasi SIKI menuliskan kode dan Intervensi yang dilakukan.	Subyektif : Jelaskan hasil evaluasi secara subjektif setelah diberi implementasi Obyektif : Jelaskan hasil evaluasi secara objektif setelah diberi implementasi Analisa : Tuliskan analisis berdasarkan kemampuan pencapaian SIKI Perencanaan : Tingkatkan, pertahankan atau Lanjutkan ke SIKI intervensi berikutnya.	

Bab 12

Tindakan Keperawatan Keluarga

12.1 Pendahuluan

Salah satu aspek terpenting dari keperawatan keluarga adalah pemberian asuhan pada unit keluarga. Keluarga bersama dengan individu, kelompok, dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan. Secara empiris disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga sudah ditanggulangi secara insidental, tetapi keluarga belum dilihat sebagai klien dari keperawatan. Sebenarnya, keluarga sebagai unit asuhan keperawatan sangat besar pengaruhnya terhadap individu dan kelompok (Ali, 2009).

Asuhan atau tindakan keperawatan keluarga adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar praktik keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Metodologi proses keperawatan merupakan metodologi penyelesaian masalah kesehatan klien secara ilmiah berdasar pengetahuan

ilmiah serta menggunakan teknologi kesehatan dan keperawatan (Suprajitno, 2004).

Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga. Secara empiris dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan.

Keluarga menempati posisi di antara individu dan masyarakat, sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapat dua keuntungan sekaligus. Keuntungan pertama adalah memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam pemberian pelayanan kesehatan perawat harus memperhatikan nilai-nilai dan budaya keluarga sehingga dapat menerima (Jhonson L dan Leny R, 2010).

Pengertian Tindakan Keperawatan Keluarga

Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/ pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan adalah dengan menerapkan teknik komunikasi terapeutik. Dalam melaksanakan tindakan perlu melibatkan seluruh anggota keluarga dan selama tindakan, perawat perlu memantau respons verbal dan nonverbal pihak keluarga. (Sugiyanto, 2016)

Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga merupakan tahap keempat dari proses keperawatan keluarga. Pada tahap ini, perawat dapat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri dan atau melaksanakan kerja sama dengan tim kesehatan lain. Keberhasilan tindakan keperawatan dipengaruhi oleh kemampuan perawat, partisipasi klien dan keluarga, serta sarana yang tersedia (Siti Nur Kholidah, 2016).

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

Dalam tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal di antaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien, serta pemahaman tingkat perkembangan pasien (Sugiyanto, 2016).

Prinsip Tindakan Keperawatan Keluarga

Keluarga sebagai unit atau satu kesatuan dalam pelayanan kesehatan. Dalam memberikan asuhan perawatan kesehatan keluarga, sehat sebagai tujuan utama. Asuhan keperawatan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga, perawat melibatkan peran serta keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya lebih mengutamakan kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga memanfaatkan sumber daya keluarga semaksimal mungkin untuk kepentingan kesehatan keluarga. Sasaran asuhan perawatan kesehatan keluarga adalah keluarga secara keseluruhan. Pendekatan yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan pemecahan masalah dengan menggunakan proses keperawatan.

Kegiatan utama dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga adalah penyuluhan kesehatan dan asuhan perawatan kesehatan dasar atau perawatan di rumah diutamakan terhadap keluarga yang termasuk risiko tinggi. (Jhonson L dan Leny R, 2010)

12.2 Peran Perawat Dalam Tindakan Keperawatan Keluarga

Dalam meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah kesehatan, perawat dapat berperan dalam keperawatan keluarga (Ali, 2009), sebagai:

1. Pemantau kesehatan (health monitor)

Perawat membantu keluarga mengenali penyimpangan kesehatan dengan menganalisis data secara objektif serta membuat keluarga

sadar tentang akibat masalah tersebut terhadap perkembangan anggota keluarga.

2. Pemberi asuhan keperawatan pada anggota keluarga yang sakit. Selain berperan dalam mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, perawat keluarga tetap berperan dalam memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Sering kali kontak pertama dengan keluarga dimulai dengan adanya anggota keluarga yang sakit baik melalui penemuan langsung, rujukan, atau tindakan lanjut perawatan di rumah sakit. Setelah kontak pertama ini baru diberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh pada keluarga

3. Koordinator perawatan kesehatan keluarga

Dengan adanya orientasi ulang pelayanan kesehatan rumah sakit ke masyarakat, tenaga kesehatan yang lain juga bertujuan memberikan perawatan kesehatan keluarga, misalnya dokter, dokter gigi, ahli gizi, dan lain-lain. Untuk mencegah tumpang tindih pelayanan, diperlukan seorang koordinator. Dari semua tenaga kesehatan yang telah disebutkan sebelumnya, perawatlah yang lebih tepat menjadi koordinator dengan pertimbangan karena:

- a. Perawat mempunyai pandangan yang menyeluruh tentang kesehatan keluarga.
 - b. Mempunyai hubungan yang terus menerus dan lama dengan keluarga serta lebih mengetahui kebutuhan keluarga tersebut.
 - c. Dapat mengambil tindakan yang tepat dalam menanggulangi masalah kesehatan baik perawatan mandiri atau rujukan ke puskesmas atau tempat lain.
4. Fasilitator. Perawat dapat menyingkirkan rintangan yang menghambat perawatan kesehatan keluarga. Rintangan yang sering terjadi adalah:
 - a. Ketidaktauhan keluarga tentang ke mana dan bagaimana mendapatkan perawatan kesehatan yang lebih baik.
 - b. Budaya, kebiasaan, dan adat istiadat yang mengganggu perawatan kesehatan. Perawat dapat memberi motivasi dan penyuluhan tentang keadaan yang seharusnya atau cara menggunakan fasilitas kesehatan dengan baik.

- c. Kendala ekonomi. Perawat dapat memberi informasi kepada keluarga tentang bantuan ekonomi, misalnya informasi tentang dana sehat.
5. Pendidik
- Ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan keluarga merawat keluarganya sendiri selalu menjadi masalah dalam bidang perawatan kesehatan. Oleh karena itu, perawat harus mampu memberi pendidikan / latihan kepada klien atau siapa saja sehingga klien mampu mengatasi masalahnya sendiri
6. Penasihat
- Dengan komunikasi yang baik disertai keterbukaan antara perawat dan klien, keluarga berani meminta nasehat pada perawat dan perawat berkewajiban memberi nasehat dengan baik dan benar.

Tingkatan Tindakan Keperawatan Keluarga

Ada empat tingkatan keperawatan keluarga yaitu (Tri Wahyuni, 2021):

1. Level I

Keluarga menjadi latar belakang individu/anggota keluarga, adapun pelayanan keperawatan di tingkat ini adalah individu yang akan dikaji dan diintervensi.
2. Level II

Keluarga merupakan penjumlahan dan anggota-anggota, masalah kesehatan/keperawatan yang sama dari masing-masing anggota akan di intervensi. Bersamaan masing-masing anggota dilihat sebagai unit yang terpisah.
3. Level III

Fokus pengkajian dan intervensi keperawatan adalah sub sistem dalam keluarga, anggota-anggota keluarga dipandang sebagai unit yang berinteraksi, fokus intervensi, hubungan ibu dan anak.
4. Level IV

Seluruh keluarga dipandang sebagai klien dan menjadi fokus utama dalam pengkajian dan perawatan, keluarga menjadi fokus dan individu sebagai latar belakang, keluarga dipandang sebagai

interaksional sistem, fokus intervensi; struktur dan fungsi keluarga; hubungan sub sistem keluarga dengan lingkungan luar.

Hal-Hal yang Mencakup Tindakan Keperawatan Keluarga

Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal sebagai berikut (Setyowati, 2008):

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a. memberikan informasi;
 - b. memberikan kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a. mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan;
 - b. mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga;
 - c. mengidentifikasi tentang konsekuensi tipe tindakan.
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - a. mendemonstrasikan cara perawatan;
 - b. menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah;
 - c. mengawasi keluarga melakukan perawatan.
4. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, yaitu dengan cara:
 - a. menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga;
 - b. melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara:
 - a. mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga;
 - b. membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Selama melakukan tindakan, perawat diharapkan tetap mengumpulkan data baru, seperti respons klien terhadap tindakan atau situasi yang berganti, dan perubahan-perubahan situasi. Yang harus menjadi perhatian adalah pada keadaan ini, perawat harus fleksibel dalam menerapkan tindakan. Beberapa

kendala yang sering terjadi dalam implementasi adalah ide yang tidak mungkin, pandangan negatif terhadap keluarga, kurang perhatian terhadap kekuatan dan sumber-sumber yang dimiliki keluarga, serta penyalahgunaan budaya atau gender.

12.3 Tahap Tindakan Keperawatan Keluarga

Dalam pelaksanaannya, ada tiga tahapan dalam tindakan keperawatan sebagai berikut (Siti Nur Kholidah, 2016):

1. Tahap Persiapan

Pada tahap awal ini, Anda sebagai perawat harus menyiapkan segala sesuatu yang akan diperlukan dalam tindakan. Persiapan meliputi kegiatan-kegiatan seperti berikut ini.

- a. Review tindakan keperawatan diidentifikasi pada tahap perencanaan. Perlu dipahami bahwa pada dasarnya prinsip dari tindakan keperawatan disusun untuk melakukan upaya promosi, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan klien/keluarga. Ada beberapa kriteria yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga, antara lain:
 - konsisten sesuai dengan rencana tindakan;
 - berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah;
 - ditujukan kepada individu sesuai dengan kondisi klien;
 - digunakan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dan aman;
 - memberikan penyuluhan dan pendidikan kepada klien;
 - penggunaan sarana dan prasarana yang memadai.
- b. Menganalisis pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang diperlukan. Perawat harus mengidentifikasi tingkat pengetahuan dan tipe keterampilan yang diperlukan untuk tindakan keperawatan.

- c. Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul. Prosedur tindakan keperawatan mungkin berakibat terjadinya risiko tinggi kepada klien. Perawat harus menyadari kemungkinan timbulnya komplikasi sehubungan dengan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan. Kadaan yang demikian ini memungkinkan perawat untuk melakukan pencegahan dan mengurangi risiko yang timbul.
 - d. Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan, harus mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut.
 - Waktu. Perawat harus dapat menentukan waktu secara selektif.
 - Tenaga. Perawat harus memperhatikan kuantitas dan kualitas tenaga yang ada dalam melakukan tindakan keperawatan.
 - Alat. Perawat harus mengidentifikasi peralatan yang diperlukan pada tindakan.
 - e. Mempersiapkan lingkungan yang kondusif
Keberhasilan suatu tindakan keperawatan sangat ditentukan oleh perasaan klien yang aman dan nyaman. Lingkungan yang nyaman mencakup komponen fisik dan psikologis.
 - f. Mengidentifikasi aspek hukum dan etika terhadap risiko dari potensial tindakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan harus memperhatikan unsur-unsur hak dan kewajiban klien, hak dan kewajiban perawat atau dokter, kode etik keperawatan, dan hukum keperawatan.
2. Tahap Perencanaan
- Fokus pada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktik keperawatan. Tindakan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe dari aktivitas yang dilaksanakan perawat secara independen didefinisikan berdasarkan diagnosa keperawatan.

Tindakan tersebut merupakan suatu respons, karena perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalamannya. Lingkup tindakan independen keperawatan adalah:

- a. mengkaji klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien;
 - b. merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respons klien yang memerlukan intervensi keperawatan;
 - c. mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan;
 - d. melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukkan, mendukung, dan mengajarkan kepada klien atau keluarga;
 - e. merujuk kepada tenaga kesehatan lain, ada indikasi dan diizinkan oleh tenaga keperawatan klien;
 - f. mengevaluasi respons klien terhadap tindakan keperawatan dan medis;
 - g. partisipasi dengan konsumen atau tenaga kesehatan lain dalam meningkatkan mutu pelayanan.
3. Tindakan keperawatan dapat dikategorikan menjadi tiga (3) tipe sebagai berikut.

a. Tindakan independen

Tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu mengatasi masalah kesehatan klien dan keluarga secara mandiri. Tindakan tersebut meliputi kegiatan-kegiatan berikut ini.

- Wawancara dengan klien untuk mendapatkan data, guna mengidentifikasi perkembangan kondisi klien atau untuk mengidentifikasi masalah baru yang muncul.
- Observasi dan pemeriksaan fisik. Tindakan untuk mendapatkan data objektif yang meliputi, observasi kesadaran, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik.
- Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana.

- Tindakan terapeutik. Tindakan yang ditujukan untuk mengurangi, mencegah, dan mengatasi masalah klien. Misalnya: Klien stroke yang tidak sadar dengan paralisis, maka tindakan terapeutik yang dilakukan perawat dalam mencegah terjadinya gangguan integritas kulit adalah dengan melakukan mobilisasi dan memberikan bantal air, pada bagian tubuh yang tertekan dan mengenali tanda-tanda terjadinya hipoglikemia dan cara mengatasinya.
 - Tindakan edukatif (mengajarkan). Ditujukan untuk mengubah perilaku klien melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada klien. Misalnya, perawat mengajarkan kepada keluarga tentang pembuatan cairan oralit dan senam kaki diabetik.
 - Tindakan merujuk. Tindakan ini lebih ditekankan pada kemampuan perawat dalam mengambil suatu keputusan klinik tentang keadaan klien dan kemampuan untuk melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya. Misalnya, klien pasca trauma kepala, ditemukan adanya tanda-tanda tekanan intrakranial yang meningkat, maka perawat harus mengonsultasikan atau merujuk klien kepada dokter ahli saraf untuk mendapatkan penanganan yang tepat dan cepat dalam mencegah terjadinya komplikasi yang lebih parah.
- b. Tindakan Interdependen
- Tindakan keperawatan interdependen menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya. Misalnya, tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi
- c. Tindakan Dependen
- Tindakan ini berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara bahwa tindakan medis atau tindakan profesi lain dilaksanakan. Contoh, dokter menuliskan “perawatan colostomy“. Tindakan keperawatan adalah melaksanakan perawatan colostomy berdasarkan

kebutuhan individu dari klien. Tindakan tersebut meliputi kegiatan-kegiatan berikut ini:

- melakukan perawatan colostomy setiap 2 hari atau sewaktu-waktu bila kantong feses bocor;
- mengganti kantong feses;
- mencuci lokasi sekitar colostomy;
- mengkaji tanda dan gejala iritasi kulit dan stroma.

12.4 Dokumentasi Tindakan Keperawatan Keluarga

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan (Siti Nur Kholidah, 2016).

Tabel 12.1: Dokumentasi Tindakan Keperawatan (Siti Nur Kholidah, 2016)

No.	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan Keluarga	Hari/ Tanggal
1.	Perubahan perfusi jaringan perifer pada Bp. Ib dan Ibu Y keluarga Bp. Ib b/d ketidakmampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami penurunan aliran arterial.	Implementasi Tuk 1 <ul style="list-style-type: none"> • Mendiskusikan pengertian perubahan perfusi jaringan perifer pada penderita DM dengan keluarga. • Mendiskusikan dengan keluarga penyebab terjadinya perubahan perfusi jaringan perifer. • Memberikan kesempatan untuk bertanya pada keluarga, Bp. Ib menanyakan bagaimana caranya untuk mengurangi kesemutan. • Memberikan kesempatan pada keluarga untuk menjelaskan kembali tentang pengertian perubahan perfusi jaringan perifer dan penyebabnya. • Memberikan penguatan pada keluarga apabila dapat menjelaskan kembali hasil diskusi. Tuk 2 <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan pada keluarga akibat terjadinya masalah perubahan perfusi 	

		<p>jaringan perifer pada penderita DM, yaitu akan terjadi mati rasa dan risiko terjadinya cidera.</p> <ul style="list-style-type: none">• Memotivasi keluarga agar dapat mengambil keputusan untuk mengatasi perubahan perfusi jaringan perifer.• Memberikan penguatan apabila keputusan keluarga sudah tepat.	
		<p>Tuk 3</p> <ul style="list-style-type: none">• Menjelaskan tentang manfaat rendam kaki• Menjelaskan tentang cara rendam kaki.• Mendiskusikan tentang manfaat dari senam kaki.• Mengajarkan pada keluarga senam kaki untuk penderita DM• Menganjurkan pada keluarga untuk mempraktikkan senam kaki yang telah diajarkan.• Mendiskusikan cara mencegah masalah akibat penurunan sensitivitas.• Mendemonstrasikan cara mencegah akibat penurunan sensitivitas panas-dingin.• Menganjurkan keluarga untuk redemonstrasi.• Menganjurkan keluarga untuk membantu memenuhi kebutuhan.	

Bab 13

Tren dan Isu Pada Keperawatan Keluarga

13.1 Pendahuluan

Pembelajaran sejatinya dilakukan melalui interaksi guru dengan siswa dalam suasana lingkungan belajar. Esensi pembelajaran ini merupakan pendampingan yang dilakukan pendidik untuk mentransmisikan ilmu kepada peserta didik. Oleh karena itu, secara sederhana pembelajaran dapat dimaknai sebagai suatu proses pencerahan yang dilakukan guru untuk membantu siswa mendapatkan pembelajaran dan mampu memahami bahan pembelajaran yang diberikan (Mansyur, 2020).

Pengertian Trend dan Isu Dalam Keperawatan

Trend adalah segala sesuatu yang saat ini sedang dibicarakan, diperhatikan, dikenakan atau dimanfaatkan oleh banyak masyarakat pada saat tertentu. Dalam hal ini, tanda-tanda suatu objek sedang menjadi trend adalah jika di saat tersebut menjadi pusat pembicaraan, pusat perhatian dan sering sekali digunakan. Trend juga dapat didefinisikan salah satu gambaran ataupun informasi yang terjadi pada saat ini yang biasanya sedang populer di kalangan masyarakat, sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak orang saat ini dan kejadiannya berdasarkan fakta.

Isu adalah suatu peristiwa atau kejadian yang dapat diperkirakan terjadi atau tidak terjadi pada masa mendatang, yang menyangkut ekonomi, moneter, sosial, politik, hukum, pembangunan nasional, bencana alam, hari kiamat, kematian, ataupun tentang krisis. Isu adalah sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak namun belum jelas faktanya atau buktinya.

13.2 Beberapa Trend dan Isu Dalam Keperawatan Keluarga

Terdapat beberapa trend dalam keperawatan keluarga yaitu perubahan bidang profesi keperawatan dan dampak perubahan. Pembelajaran daring merupakan sebuah inovasi pendidikan yang melibatkan unsur teknologi informasi dalam pembelajaran (Fitriyani, Fauzi dan Sari, 2020). Pembelajaran daring merupakan pembelajaran yang menggunakan jaringan internet dengan aksesibilitas, konektivitas, fleksibilitas, dan kemampuan untuk memunculkan berbagai jenis interaksi pembelajaran.

Pembelajaran daring adalah pembelajaran yang mampu mempertemukan mahasiswa dan dosen untuk melaksanakan interaksi pembelajaran dengan bantuan internet. Pada tataran pelaksanaannya pembelajaran daring memerlukan dukungan perangkat-perangkat *mobile* seperti smartphone atau telepon android, laptop, komputer, tablet, dan iPhone yang dapat dipergunakan untuk mengakses informasi kapan saja dan di mana saja.

Perubahan Bidang Profesi Keperawatan

perubahan bidang profesi keperawatan meliputi perubahan ekonomi, perubahan kependudukan, ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan atau keperawatan dan tuntutan profesi keperawatan karakteristik profesi (Friedman, 2013):

1. Perubahan ekonomi

Perubahan ekonomi membawa dampak terhadap pengurangan berbagai anggaran untuk pelayanan kesehatan, sehingga berdampak terhadap orientasi manajemen kesehatan atau keperawatan dari lembaga sosial ke orientasi bisnis.

2. Kependudukan

Sedangkan perubahan kependudukan dengan bertambahnya jumlah penduduk di Indonesia dan bertambahnya umur harapan hidup, maka akan membawa dampak terhadap lingkup dari praktik keperawatan. Pergeseran tersebut terjadi yang dulunya lebih menekankan pada pemberian pelayanan kesehatan atau perawatan pada “community based”.

3. Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan atau keperawatan

Era kesejagatannya identik dengan era komputerisasi, sehingga perawat dituntut untuk menguasai teknologi komputer di dalam melaksanakan MIS (Manajemen Information System) baik di tatanan pelayanan maupun pendidikan keperawatan.

4. Tuntutan profesi keperawatan karakteristik profesi yaitu:

- a. memiliki dan memperkaya tubuh pengetahuan (body of knowledge) melalui penelitian;
- b. memiliki kemampuan memberikan pelayanan yang unik kepada orang lain;
- c. pendidikan yang memenuhi standar;
- d. terdapat pengendalian terhadap praktik;
- e. bertanggung jawab dan bertanggung gugat (accountable) terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan;
- f. merupakan karier seumur hidup;
- g. mempunyai fungsi mandiri dan kolaborasi.

Dampak Perubahan

Dampak perubahan yang terjadi dalam praktik keperawatan, tantangan pendidikan keperawatan dan tantangan perubahan iptek

Dampak perubahan dalam praktik keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Pengurangan anggaran

Perawat Indonesia saat ini dihadapkan pada suatu dilema, di satu sisi dia harus terus mengupayakan peningkatan kualitas layanan kesehatan, di lain pihak, pemerintah memotong alokasi anggaran untuk pelayan keperawatan. Keadaan ini dipicu dengan menjadikan

rumah sakit swadana di mana juga berdampak terhadap kinerja perawat. Dalam melaksanakan tugasnya, perawat jarang mengadakan hubungan interpersonal yang baik karena mereka harus melayani pasien lainnya dan dikejar oleh waktu.

2. Otonomi dan akuntabilitas

Dengan melibatkan perawat dalam pengambilan suatu keputusan di pemerintahan, merupakan hal yang sangat positif dalam meningkatkan otonomi dan akuntabilitas perawat Indonesia. Peran serta tersebut perlu ditingkatkan terus dan dipertahankan. Kemandirian perawat dalam melaksanakan perannya sebagai suatu tantangan. Semakin meningkatnya otonomi perawat semakin tingginya tuntutan kemampuan yang harus dipersiapkan.

3. Teknologi

Penguasaan dan keterlibatan dalam perkembangan IPTEK dalam praktik keperawatan bagi perawat Indonesia merupakan suatu keharusan.

4. Tempat praktik

Tempat praktik keperawatan di masa depan meliputi pada tatanan klinik (RS) ; komunitas; dan praktik mandiri di rumah/berkelompok (sesuai SK MENKES R.I.647/2000 tentang registrasi dan praktik keperawatan).

5. Perbedaan batas kewenangan praktik

Belum jelasnya batas kewenangan praktik keperawatan pada setiap jenjang pendidikan, sebagai suatu tantangan bagi profesi keperawatan.

Tantangan Pendidikan Keperawatan

Di masa depan pendidikan keperawatan dihadapkan pada suatu tantangan dalam meningkatkan kualitas lulusannya dituntut menguasai kompetensi profesional. Isi kurikulum program pendidikan ke depan, juga harus menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi.

Tantangan Perubahan Iptek

Riset keperawatan akan menjadi suatu kebutuhan dasar yang harus dilaksanakan oleh perawat di era global. Meningkatnya kualitas layanan,

sangat ditentukan oleh hasil kajian-kajian dan pembaharuan yang dilaksanakan berdasarkan hasil penelitian (Kuntoro, 2010).

13.3 Isu Terbaru Dalam Keperawatan Keluarga

Berdasarkan kajian kami terhadap literatur dan diskusi profesional dengan kolega di bidang keperawatan keluarga, terdapat 8 isu penting dalam keperawatan keluarga saat ini (Friedman, 2013) sebagai berikut:

13.3.1 Isu Praktik

Kesenjangan Bermakna Antara Teori Dan Penelitian Serta Praktik Klinis.

Kesenjangan antara pengetahuan yang ada dan penerapan pengetahuan ini jelas merupakan masalah di semua bidang dan spesialisasi di keperawatan, meskipun kesenjangan ini lebih tinggi di keperawatan keluarga. Keperawatan yang berpusat pada keluarga juga masih dinyatakan ideal dibanding praktik yang umum dilakukan.

Wright dan Leahey (2009) mengatakan bahwa faktor terpenting yang menciptakan kesenjangan ini adalah “ cara pandang perawat terhadap konsep masalah sehat dan sakit. Hal ini merupakan kemampuan “berpikir saling memengaruhi dari keluarga (saling memengaruhi)” yaitu menyoroti bahwa kecenderungan teknologi dan ekonomi seperti pengurangan layanan dan staf, keragaman dalam populasi klien yang lebih besar (Friedman, 2010).

Menurut Herlinawati (2013) kurangnya alat pengkajian keluarga yang komprehensif dan strategi intervensi yang baik, perawat terikat dengan model kedokteran (berorientasi pada individu dan penyakit), dan sistem pemetaan yang kita lakukan serta sistem diagnostik keperawatan menyebabkan penerapan perawatan yang berfokus pada keluarga sulit diwujudkan.

Kebutuhan Untuk Membuat Perawatan Keluarga Menjadi Lebih Mudah Untuk Diintegrasikan Dalam Praktik.

Dalam beberapa tahun ini, terjadi restrukturisasi pelayanan kesehatan besar-besaran, yang mencakup perkembangan pesat sistem pengelolaan perawatan berupa sistem pemberian layanan kesehatan yang kompleks, multi unit, dan multi level sedang dibentuk. Sebagian dari restrukturisasi ini juga termasuk kecenderungan pasien dipulangkan dalam “keadaan kurang pengurangan jumlah rumah sakit, pelayanan dan staf, serta pertumbuhan pelayanan berbasis komunitas. Perubahan ini menyebabkan peningkatan tekanan kerja dan kelebihan beban kerja dalam profesi keperawatan. Waktu kerja perawat dengan klien individu dan klien keluarga menjadi berkurang.

Oleh karena itu, mengembangkan cara yang bijak dan efektif untuk mengintegrasikan keluarga ke dalam asuhan keperawatan merupakan kewajiban perawat keluarga. Menurut Wright dan Leahey, mengatasi kebutuhan ini dengan menyusun wawancara keluarga selama 15 menit atau kurang. Pencetusan gagasan dan strategi penghematan waktu yang realistik guna mempraktikkan keperawatan keluarga adalah isu utama praktik dewasa ini.

Peralihan Kekuasaan dan Kendali Dari Penyedia Pelayanan Kesehatan Kepada Keluarga.

Berdasarkan perbincangan dengan perawat dan tulisan yang disusun oleh perawat keluarga, terdapat kesepakatan umum bahwa peralihan kekuasaan dan kendali dari penyedia pelayanan kesehatan ke pasien atau keluarga perlu dilakukan.

Kami percaya hal ini masih menjadi sebuah isu penting pada pelayanan kesehatan saat ini. Menurut Wright dan Leahey dalam Robinson (199), mengingatkan kita bahwa terdapat kebutuhan akan kesetaraan yang lebih besar dalam hubungan antara perawat dan keluarga, hubungan kolaboratif yang lebih baik, dan pemahaman yang lebih baik akan keahlian keluarga.

Perkembangan penggunaan Internet dan email telah memberikan banyak keluarga informasi yang dibutuhkan untuk belajar mengenai masalah kesehatan dan pilihan terapi mereka. Gerakan konsumen telah memengaruhi pasien dan keluarga untuk melihat diri mereka sebagai konsumen, yang membeli dan mendapatkan layanan kesehatan seperti layanan lain yang mereka beli. Dilihat dari kecenderungan ini, anggota keluarga sebaiknya

diberikan kebebasan untuk memutuskan apa yang baik bagi mereka dan apa yang mereka lakukan demi kepentingan mereka sendiri.

Bagaimana Bekerja Lebih Efektif Dengan Keluarga Yang Kebudayaannya Beragam.

Kemungkinan, isu ini lebih banyak mendapatkan perhatian di kalangan penyedia pelayanan kesehatan, termasuk perawat, dibandingkan isu lainnya pada saat ini. Kita tinggal di masyarakat yang beragam, yang banyak cara untuk menerima dan merasakan dunia, khususnya keadaan sehat dan sakit. Dalam pengertian yang lebih luas, budaya (termasuk etnisitas, latar belakang agama, kelas sosial, afiliasi regional dan politis, orientasi seksual, jenis kelamin, perbedaan generasi) membentuk persepsi kita, nilai, kepercayaan, dan praktik.

Faktor lainnya, seperti pengalaman sehat dan sakit, membentuk cara kita memandang sesuatu. Meskipun terdapat semua upaya tersebut guna dapat bekerja lebih efektif dengan keluarga yang beragam, memberikan perawatan yang kompeten secara budaya tetap menjadi tantangan yang terus dihadapi (Friedman, 2014).

Globalisasi Keperawatan Keluarga Menyuguhkan Kesempatan Baru Yang Menarik Bagi Perawat Keluarga.

Dengan semakin kecilnya dunia akibat proses yang dikenal sebagai globalisasi, perawat keluarga disuguhkan dengan kesempatan baru dan menarik untuk belajar mengenai intervensi serta program yang telah diterapkan oleh negara lain guna memberikan perawatan yang lebih baik bagi keluarga. Globalisasi adalah proses bersatunya individu dan keluarga karena ikatan ekonomi, politis, dan profesional.

Globalisasi mempunyai dampak negatif yang bermakna bagi kesehatan yaitu ancaman epidemi di seluruh dunia seperti HIV/AIDS menjadi jauh lebih besar. Akan tetapi sisi positifnya, pembelajaran yang diperoleh perawat Amerika dari perawat di seluruh dunia melalui konferensi internasional, perjalanan, dan membaca literatur kesehatan internasional memberikan pemahaman yang bermanfaat.

Sebagai contoh, di Jepang, pertumbuhan keperawatan keluarga sangat mengesankan. Di sana, perawat telah mengembangkan kurikulum keperawatan keluarga disekolah keperawatan dan telah menghasilkan teori

keperawatan yang berfokus pada keluarga dan sesuai dengan nilai dan konteks Jepang.

Menurut Sugishita Keperawatan keluarga mengalami pertumbuhan yang pesat di Jepang, yang ditandai dengan publikasi dan upaya penelitian yang dilakukan di Jepang. Negara lain, seperti Denmark, Swedia, Israel, Korea, Chili, Meksiko, Skotlandia, dan Inggris juga mengalami kemajuan bermakna di bidang kesehatan keluarga dan keperawatan keluarga. Kita harus banyak berbagi dan belajar dari perawat di beberapa negara ini.

13.3.2 Pendidikan

Muatan apa yang harus diajarkan dalam kurikulum keperawatan keluarga dan bagaimana cara menyajikannya? Menurut Hanson dan Heims, yang melaporkan sebuah survei pada sekolah keperawatan di Amerika Serikat yang mereka lakukan terkait cakupan keperawatan keluarga di sekolah tersebut, terdapat perkembangan pemanfaatan muatan keperawatan keluarga dan keterampilan klinis ke dalam program keperawatan pascasarjana dan sarjana.

Masih belum jelas muatan apa yang tepat diberikan untuk program sarjana dan pascasarjana dan bagaimana cara mengajarkan keterampilan klinis. Tidak kesepakatan mengenai fokus program sarjana dan pascasarjana terkait dengan keperawatan keluarga. Akan tetapi, terdapat beberapa konsensus bahwa praktik keperawatan tingkat lanjut pada keperawatan keluarga melibatkan pembelajaran muatan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk bekerja dengan seluruh keluarga dan individu anggota keluarga secara bersamaan.

Di Indonesia telah tertuang dalam kurikulum pendidikan nasional, bahwa keperawatan keluarga memiliki bobot 3 (tiga SKS) dilengkapi dengan pembelajaran secara teori dan lapangan. Organisasi Pendidikan telah menyediakan Rencana pembelajaran semester dan modul praktik keperawatan keluarga. Hal inilah yang diharapkan dapat menolong keterampilan perawat-perawat untuk memberikan layanan profesional kepada keluarga-keluarga di komunitas.

13.3.3 Isu Penelitian

Kebutuhan untuk meningkatkan penelitian terkait intervensi keperawatan keluarga. Dibidang keperawatan keluarga, perawat peneliti telah membahas hasil kesehatan dan peralihan keluarga yang terkait dengan kesehatan. Teori perkembangan, teori stres, coping, dan adaptasi, teori terapi keluarga, dan teori

sistem telah banyak memandu penelitian para perawat peneliti keluarga. Penelitian dilakukan lintas disiplin, yang menunjukkan bahwa “tidak ada satu pun disiplin keluarga” yang menurut Knafl dalam Friedman dkk (2013). Dengan tidak memadainya jumlah studi intervensi, kita mengalami kekurangan bukti ilmiah yang dibutuhkan untuk mendukung efikasi strategi dan program keperawatan keluarga. Selain itu, dibutuhkan penelitian keperawatan keluarga yang sebenarnya: sebagian besar penelitian keperawatan keluarga sebenarnya merupakan penelitian yang terkait dengan keluarga (yang berfokus pada anggota keluarga), bukan penelitian keluarga (yang berfokus pada seluruh keluarga sebagai sebuah unit).

Di Indonesia untuk lima tahun terakhir, penelitian terkait keluarga sangat mengalami kemajuan. Penelitian berbasis rawat inap telah mengalami perluasan ke tatanan komunitas. Penelitian-penelitian keluarga hampir ada dalam berbagai bidang ilmu, di mana penelitian tentang masalah kesehatan meliputi aspek kehidupan, di antaranya kemampuan keluarga mengidentifikasi adanya masalah kesehatan; kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan di mana keluarga akan dirawat di rumah, layanan medis atau perawatan lainnya; sejauh mana keluarga memiliki kemampuan merawat anggota keluarga; bagaimana hubungan budaya terhadap masalah kesehatan terkait pengetahuan dan kebiasaan. Hal ini mencakup semua tahap tumbuh kembang keluarga.

13.3.4 Isu kebijakan

Kebutuhan akan lebih terlibatnya perawat keluarga dalam membentuk kebijakan yang memengaruhi keluarga. Hanson, dalam bahasanya mengenai reformasi pelayanan kesehatan, mendesak perawat keluarga lebih terlibat di tiap level sistem politis guna menyokong isu keluarga. Kami setuju dengan beliau. Praktisnya, semua legislasi domestik yang dikeluarkan di tingkat lokal, negara bagian atau nasional mempunyai dampak pada keluarga.

Sebagai advokat keluarga, kita perlu baik secara sendiri-sendiri maupun bersama menganalisis isu dan kebijakan yang tengah diusulkan dan membantu merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan dan regulasi yang positif. Mendukung calon dewan yang mendukung calon keluarga dan menjadi relawan untuk melayani komisi kesehatan dan komisi yang terkait dengan kesehatan dan dewan organisasi adalah jalan penting perbedaan.

13.4 Permasalahan Trend Dan Isu Keperawatan

Beberapa permasalahan mengenai trend dan isu keperawatan keluarga yang muncul di Indonesia:

1. Belum adanya perawat keluarga secara khusus di negara kita.
2. Penghargaan dan reward yang dirasakan masih kurang bagi para tenaga kesehatan.
3. Pelayanan kesehatan yang diberikan sebagian besar masih bersifat pasif.
4. Masih tingginya biaya pengobatan khususnya di sarana pelayanan kesehatan yang memiliki kualitas baik.
5. Pengetahuan dan keterampilan perawat yang masih perlu ditingkatkan.
6. Rendahnya minat perawat untuk bekerja dengan keluarga akibat sistem yang belum berkembang.
7. Pelayanan keperawatan keluarga yang belum berkembang meskipun telah disusun pedoman pelayanan keluarga namun belum disosialisasikan secara umum.
8. Geografis Indonesia yang sangat luas namun belum ditunjang dengan fasilitas transportasi yang cukup.
9. Kerja sama program lintas sektoral belum memadai.
10. Model pelayanan belum mendukung peran aktif semua profesi.
11. Lahan praktik yang terbatas, sarana dan prasarana pendidikan juga terbatas.
12. Rasio pengajar dan mahasiswa yang tidak seimbang.
13. Keterlibatan berbagai profesi selama menjalani pendidikan juga kurang.

Peran Perawat Dalam Menyikapi Tren dan Isu

Dalam kemajuan teknologi ini seorang perawat mempunyai peran yang besar, baik di masyarakat maupun di rumah sakit. Peran perawat sebagai educator seperti memberikan informasi kepada klien mengenai tindakan yang akan

diberikan. Juga sebagai *care giver* dalam memberikan layanan kesehatan menggunakan dan dalam memberikan layanan asuhan keperawatan. sebagai change agent teknologi sebelumnya perawat merupakan tenaga yang paling sering berhubungan dengan pasien oleh karena itu setiap sistem teknologi yang baru maka perawat harus mampu menguasai dan menerapkannya.

Perawat saat ini harus mampu mencari informasi terbaru mengenai dunia teknologi kesehatan agar tidak ketinggalan zaman. Dengan mempelajarinya maka kita akan mengetahui bagaimana cara mengoperasikan teknologi baru dan mampu memanfaatkannya didunia kesehatan (Friedman, 2013 & Siregar, 2020).

Peluang Keperawatan Memanfaatkan Trend dan Isu Tersebut Untuk Meningkatkan Pelayanan Keperawatan

Perawat perlu menyadari bahwa kesulitan dan beban keperawatan sangat banyak sehingga diperlukan secepat mungkin dalam merawat pasien khususnya pasien stroke. Telehealth merupakan salah satu sarana yang memungkinkan para profesional keperawatan/kesehatan mempunyai kemampuan untuk menawarkan layanan ini kepada keluarga dari kejauhan.

Home telehealth bisa efektif dalam tidak hanya menilai kebutuhan perawatan kesehatan korban stroke dan keperawatan, tetapi juga dalam memberikan dukungan informasi dan emosional kepada mereka. Kesiapan terhadap telehealth tampaknya tergantung pada:

1. Keperawatan dan keamanan rumah.
2. Waktu yang tepat layanan yang ditawarkan.
3. Kebutuhan yang dirasakan untuk keperawatan.
4. Tingkat beban keperawatan.

Kesiapan mereka terhadap layanan telehealth, telah tersedia. Penilaian kenyamanan klien dengan dan kepentingan dalam teknologi serta keterbatasan pendengaran dan visual juga mungkin penting dalam penerimaan dan penggunaan telehealth. Identifikasi potensial untuk penggunaan, kesiapan dan penerimaan telehealth sangat penting sebelum mengembangkan, melaksanakan dan mengevaluasi program-program menggunakananya.

Perbedaan tingkat pengalaman dan harapan antara perawat dan keperawatan mungkin telah menyebabkan disparitas dengan kepuasan mereka dalam kinerja peralatan telehealth. Pelatihan perawat dan keperawatan untuk

mengembangkan keterampilan komunikasi yang tepat sesuai dengan teknologi dan membantu mereka untuk mencapai tingkat minimal kenyamanan dengan telehealth adalah penting untuk menggunakan dan keefektifannya. Pelayanan keperawatan di masa ke depan akan memanfaatkan perkembangan teknologi informasi, misalnya mengaplikasikan telehealth. Telehealth dalam keperawatan bisa dikembangkan untuk digunakan dalam bidang pendidikan maupun bidang pelayanan keperawatan. Dalam bidang pelayanan keperawatan telehealth dapat membantu kegiatan asuhan keperawatan pada pasien di rumah atau dikenal dengan home care.

Dengan adanya kontribusi telehealth dalam pelayanan keperawatan di rumah atau home care, akan banyak sekali manfaat yang dapat dirasakan oleh pasien dan keluarga, perawat, instansi pelayanan kesehatan dan termasuk juga pemerintah dalam hal ini adalah Departemen Kesehatan. Menurut hukum Telehealth juga diperbolehkan jika perawat sudah mempunyai SIP atau SIPP, dalam Permenkes RI No. HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat disingkat SIPP adalah bukti tertulis yang diberikan kepada perawat untuk melakukan praktik keperawatan secara perorangan dan/atau berkelompok.

BAB II Pasal 3 Nomor 1 Dijelaskan setiap perawat yang menjalankan praktik wajib memiliki S IPP. Telehealth juga biasa digunakan untuk berkomunikasi antar petugas kesehatan dengan jarak jauh jika perawat tersebut belum memiliki pengalaman yang luas guna untuk memberikan diagnosa atau pemberian obat kepada pasien dengan benar.

Namun demikian untuk bisa mengaplikasikan telehealth dalam bidang keperawatan banyak sekali tantangan dan hambatannya misalnya: faktor biaya, sumber daya manusia, kebijakan dan perilaku. Penggunaan telehealth dalam keperawatan itu diperbolehkan, karena kita boleh menggunakan telehealth dalam berkomunikasi keperawatan jarak jauh. Karena untuk mempermudah berkomunikasi dan memberi asuhan keperawatan pasien di rumah (home care).

Dengan kemajuan teknologi dibidang keperawatan terutama telehealth maka beban kerja perawat akan berkurang, memangkas waktu dan biaya yang digunakan. Telehealth sangat besar peluangnya untuk diterapkan di Indonesia yang memiliki wilayah yang sangat luas dan tidak memungkinkan jika dilakukan kunjungan rumah.

Bab 14

Promosi Kesehatan Keluarga

14.1 Pendahuluan

Menurut Alderfer (2011) kesehatan keluarga merupakan keadaan yang holistik, dinamis dan kompleks. Penjelasan kesehatan keluarga sudah berevolusi dari antropologi, perkembangan ilmu keluarga, budaya biososial, dan keperawatan sehingga istilah kesehatan keluarga berarti memfokuskan pada fungsi keluarga, keluarga sehat, keluarga tangguh dan keluarga seimbang.

Menurut Denham (2011) kesehatan keluarga sebagai fenomena kompleks yang terdiri dari beragam anggota, sistem, interaksi, hubungan dan memiliki potensi untuk memaksimalkan kesejahteraan dan sumber daya kontekstual.

Model dan Teori Kesehatan Keluarga

Berikut ini model dan teori yang dapat diterapkan untuk kesehatan keluarga yaitu model kesehatan keluarga, model promosi kesehatan keluarga.

1. Model Kesehatan Keluarga

Menurut Loveland-Cherry, (2011) (Bomar, 2003) menyarankan empat falsafah atau pandangan kesehatan keluarga:

a. Model klinis

Dalam pandangan tentang kesehatan keluarga yaitu dikatakan sehat jika anggotanya bebas dari disfungsi mental, fisik dan sosial.

b. Model kinerja peran

Dalam pandangan tentang kesehatan keluarga didasarkan pada gagasan bahwa kesehatan keluarga adalah kemampuan sistem keluarga untuk menjalankan fungsi keluarga secara efektif dan mencapai tugas perkembangan keluarga.

c. Model adaptif

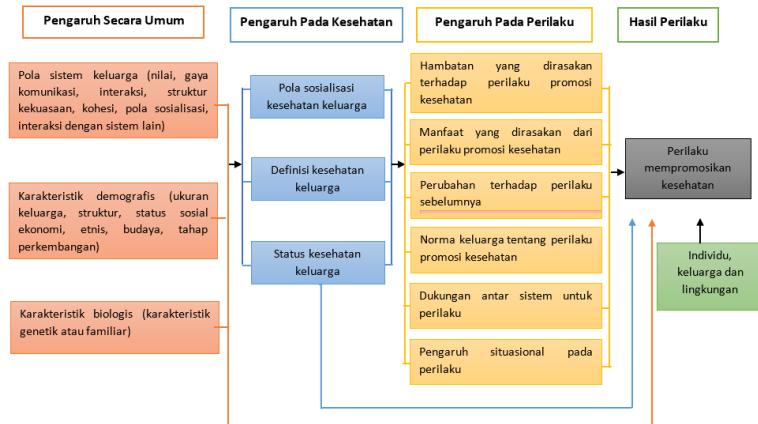
Dalam pandangan tentang kesehatan keluarga yaitu dikatakan sehat jika memiliki kemampuan untuk tumbuh, berubah dan memiliki kapasitas untuk pulih dengan cepat setelah mengalami krisis.

d. Model eudaimonisme

Dalam pandangan tentang kesehatan keluarga yaitu menggunakan pendekatan holistik pada perawatan secara komprehensif untuk memaksimalkan aktualisasi diri dan kesejahteraan keluarga dalam mendukung seluruh keluarga atau anggota keluarga yang mengalami masalah krisis guna mencapai kesehatan yang optimal.

Model Promosi Kesehatan Keluarga

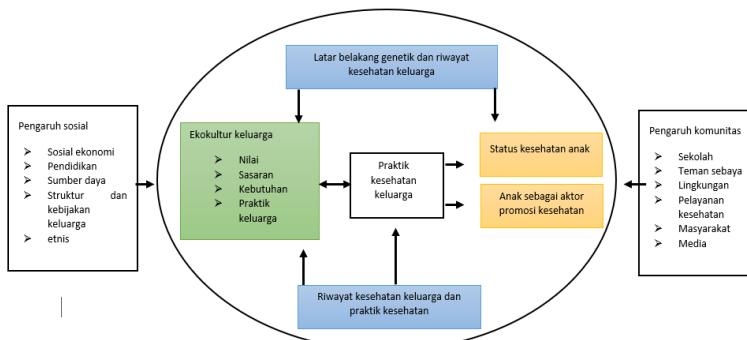
Menurut Pender, Murdaugh and Parsons, (2009) bahwa promosi kesehatan keluarga melibatkan kesehatan seumur hidup untuk memelihara anggotanya guna menjaga kohesi keluarga dan mencapai derajat kesehatan yang optimal dalam semua aspek. Berikut ini model promosi kesehatan keluarga menurut (Loveland-Cherry, 2011) (Bomar, 2003) di mana sebagian besar model promosi kesehatan berfokus pada individu.



Gambar 14.1: Model Promosi Kesehatan Keluarga (Bomar, 2003)

Menurut Christensen (2004) bahwa model keluarga yang mempromosikan kesehatan adalah keadaan di mana keluarga sebagai Pembina untuk melakukan praktik kesehatan keluarga. model ini menggambarkan bagaimana keluarga dapat berperan dalam mempromosikan kesehatan anak dan kapasitas sebagai pelaku promosi kesehatan.

Model ini menurut Christensen (2004) mengacu pada pendekatan ilmu sosial kontemporer untuk kesehatan, keluarga dan anak-anak sebagai faktor promosi kesehatan. Model ini dibagi menjadi dua bagian untuk membedakan faktor eksternal (keluarga) dan internal keluarga.



Gambar 14.2: Model Keluarga yang Mempromosikan Kesehatan (Christensen, 2004)

14.2 Intervensi Keperawatan Keluarga Untuk Promosi Kesehatan Keluarga

Promosi kesehatan keluarga telah didefinisikan sebagai proses di mana keluarga bekerja untuk meningkatkan atau mempertahankan fisik, sosial, emosional, dan spiritual kesejahteraan unit keluarga dan anggotanya (Loveland-Cherry, 2011) (Bomar, 2003). Perawat keluarga memiliki peran penting dalam memfasilitasi promosi kesehatan dan kesejahteraan dalam konteks keluarga pada semua rentang kehidupan guna meningkatkan kesejahteraan unit keluarga selama periode kesehatan, serta selama penyakit, pemulihan, dan stres.

Tujuan utama asuhan keperawatan keluarga adalah memberdayakan anggota keluarga bekerja sama untuk mencapai dan memelihara kesehatan keluarga. Oleh karena itu, promosi kesehatan keluarga harus fokus pada kekuatan, kompetensi, dan sumber daya (Wright and Leahey, 2005) (Gottlieb, 2012).

Banyak strategi dan intervensi untuk memfasilitasi promosi kesehatan keluarga seperti pemberdayaan, promosi integritas keluarga, pemeliharaan proses keluarga, promosi olahraga, lingkungan, manajemen, penetapan tujuan bersama, pendidikan orang tua, menawarkan informasi, menarik dukungan keluarga dan bimbingan antisipasi (Loveland-Cherry, 2011) (Bomar, 2003) (Kim-Godwin and Bomar, 2010) (Wright and Leahey, 2005).

Kontrak Perawatan Diri Keluarga

Keluarga dan perawat harus berkolaborasi dan menetapkan tujuan bersama dengan membuat kontrak keperawatan Kontrak keperawatan adalah perjanjian kerja yang terus-menerus dapat dinegosiasikan kembali dan mungkin atau tidak mungkin ditulis tergantung pada situasi (Anderson et al., 2017).

Premis kontrak adalah bahwa hal itu berada di bawah kendali keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga untuk membuat pilihan yang sehat, dan proses ini memfasilitasi pemberdayaan keluarga dengan berkolaborasi dengan profesional kesehatan (Anderson et al., 2017).

Setelah perawat dan keluarga mengidentifikasi kekuatan keluarga dan area untuk pertumbuhan dan perubahan keluarga harus memprioritaskan tujuannya. Komitmen semua anggota keluarga yang diarahkan untuk mencapai suatu tujuan sangat penting bagi keberhasilan keluarga. Perawat dapat membantu

keluarga untuk mengembangkan kontrak perawatan diri untuk meningkatkan perilaku kesehatan, secara mandiri atau dengan perawat. pada tahapan ini komponen yang dicapai pada proses kontrak adalah penilaian kesehatan keluarga dan identifikasi area untuk perbaikan, tetapkan tujuan, perencanaan lingkungan dan penguatan, kembangkan rencana, tetapkan tanggung jawab penentuan jangka waktu, evaluasi hasilnya dan ubah, negosiasi ulang, atau akhiri (Kim-Godwin and Bomar, 2010).

Pemberdayaan Keluarga dan Asuhan Keperawatan Berbasis Kekuatan Keluarga

Tujuan utama asuhan keperawatan bagi keluarga adalah memberdayakan anggota keluarga untuk bekerja sama untuk mencapai dan memelihara kesehatan keluarga oleh karena itu, promosi kesehatan keluarga harus fokus pada kekuatan, kompetensi, dan sumber daya (Wright and Leahey, 2005) (Gottlieb, 2012).

Perawat berkolaborasi dengan keluarga dan memberikan informasi, dorongan, dan strategi untuk membantu keluarga melakukan perubahan gaya hidup. Proses ini disebut pemberdayaan. Asumsi yang mendasari pemberdayaan adalah salah satu kemitraan antara profesional dan klien sebagai lawan di mana profesional dominan. Keluarga di asumsikan kompeten atau mampu menjadi kompeten Penekanan utama dalam pemberdayaan keluarga adalah keterlibatan keluarga dalam penetapan tujuan, perencanaan, dan tindakan, bukan pada meminta perawat melakukan ini untuk keluarga. Peran kunci perawat keluarga dalam keluarga.

Salah satu cara untuk memberdayakan keluarga adalah penggunaan pujian karena memungkinkan keluarga untuk melihat masalah keluarga secara berbeda dan bergerak ke arah solusi yang lebih efektif. (Wright and Leahey, 2005) merekomendasikan bahwa perawat secara rutin memuji kekuatan, kompetensi, dan sumber daya keluarga dan individu yang diamati selama wawancara keluarga.

Menurut Wright and Leahey (2005), pujian kepada keluarga mengenai kekuatan mereka adalah intervensi terapeutik yang kuat, efektif dan bertahan lama. Sementara intervensi ini penting bagi semua keluarga, ini sangat penting bagi keluarga rentan. Sering kali, sebuah keluarga memiliki kekuatan unik yang sementara dibayangi oleh kebutuhan kesehatan, sehingga kekuatan tersebut berada di luar kesadaran keluarga (Walsh, 2011).

Dengan memuji kompetensi dan kekuatan keluarga dan menawarkan pendapat baru tentang dirinya sendiri, konteks perubahan dibuat yang memungkinkan keluarga menemukan solusi mereka sendiri untuk masalah (Wright and Leahey, 2005) (Gottlieb, 2012).

Pendekatan berbasis kekuatan telah digunakan dalam promosi kesehatan, untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Bekerja dengan kekuatan memungkinkan seseorang untuk mendapatkan hasil maksimal dari hidup untuk mengatasi, memulihkan, menyembuhkan, dan menemukan tujuan dan makna baru dalam hidup. Asuhan keperawatan berbasis kekuatan tidak mengabaikan atau meniadakan masalah, juga tidak menutup mata terhadap kelemahan atau kekurangan. Sebaliknya, menggunakan kekuatan untuk menyeimbangkan atau mengatasinya (Gottlieb, 2012).

Bekerja dengan kekuatan seseorang dan keluarga memungkinkan pasien untuk memaksimalkan dan mendukung respons mereka untuk menghadapi peristiwa sehari-hari dan tantangan hidup yang sulit (termasuk penyakit, cedera, kecacatan, dan trauma) dan untuk memenuhi tujuan mereka (Gottlieb, 2012).

Kekuatan dapat bersifat biologis, personal, interpersonal dan sosial. Kekuatan biologis berkaitan dengan kualitas biokimia, genetik, hormonal, dan fisik dalam setiap individu atau keluarga. Kekuatan personal dan interpersonal berada dalam diri orang tersebut dan menentukan kepribadian seseorang dan dianggap sebagai bagian dari sumber daya batin seseorang atau keluarga. Kekuatan sosial, umumnya dikenal sebagai sumber daya atau aset, berada lingkungan seseorang dan tersedia untuk individu atau keluarga (Gottlieb, 2012).

Panduan dan Bimbingan Antisipasi

Tujuan perawat keluarga adalah memfasilitasi adaptasi keluarga dengan memberdayakan keluarga untuk meningkatkan resiliensi, mengurangi tumpukan stresor, memanfaatkan sumber daya, dan menegosiasiakan perubahan yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga untuk pulih dari stres peristiwa atau krisis.

Perawat dapat mengajarkan keluarga untuk mengantisipasi perubahan hidup, membuat penyesuaian yang diperlukan dalam rutinitas keluarga, mengevaluasi peran dan hubungan, dan kognitif membingkai ulang peristiwa. Perawat harus menawarkan informasi berdasarkan kemampuan keluarga dan harus mendorong anggotanya untuk mencari sumber daya secara mandiri (Wright and Leahey, 2005).

Keluarga biasanya menginginkan informasi tentang masalah perkembangan dan promosi kesehatan. Perawat bisa mengajar keluarga tentang karakteristik fisiologis, emosional, dan kognitif serta mengidentifikasi mengembangkan tugas atau tujuan mental anak-anak dan remaja yang dapat terpengaruh atau diubah selama masa sakit (Wright and Leahey, 2005).

Penggunaan Ritual atau Rutinitas

Denham (2011) menekankan penggunaan ritual keluarga dan rutinitas untuk promosi kesehatan. Temuan dari penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa dapat diprediksi rutinitas dan ritual yang bermakna terkait dengan hasil yang lebih sehat dan membangun rutinitas sangat penting untuk mengelola permintaan dalam rumah tangga dengan banyak anggota keluarga besar.

Perawat keluarga tahu bahwa rutinitas dapat diamati dan pola perilaku berulang yang memiliki konsistensi dan keteraturan yang besar. Rutinitas keluarga adalah peristiwa kolektif yang terjadi setiap hari, mingguan, atau tahunan. Fungsi pengawetan rutinitas tampaknya tidak hanya menjaga ketertiban dalam kehidupan sehari-hari tetapi juga tetap terhubung sebagai sebuah kelompok (Fiese and Hammons, 2013).

Rutinitas menyediakan anggota keluarga kesempatan untuk berkomunikasi tentang peristiwa penting bagi anggotanya. Misalnya, pada liburan keluarga pertemuan, kenangan tentang pertemuan masa lalu adalah berbagi, mengomunikasikan warisan dan rasa bersama dari milik kelompok yang lebih besar.

Makan Dengan Keluarga

Faktor lingkungan keluarga yang mendorong makan sehat termasuk kesehatan makanan tersedia di rumah dan dikonsumsi saat makan frekuensi makan keluarga, dan keteladanan orang tua dan dukungan untuk makan sehat anak-anak (Fruh et al., 2012) (Fiese and Hammons, 2013).

Ibu yang bekerja tercatat lebih sering membeli makanan siap saji, termasuk makanan cepat saji dan makanan siap saji, konsumsi lebih banyak makanan jauh dari rumah, dan biasanya melaporkan hilang keluar saat makan bersama keluarga (Devine et al., 2009).

Selain itu, waktu makan keluarga memfasilitasi peningkatan komunikasi keluarga, membina tradisi keluarga dan mengajarkan kecakapan hidup kepada anak-anak.

14.3 Sasaran Promosi Kesehatan

Menurut Berman et al (2010) ada tiga kelompok sasaran upaya promosi kesehatan yaitu sasaran primer, sekunder dan tersier.

1. Sasaran Primer (Primary Target)

Warga biasanya jadi sasaran langsung seluruh upaya pembelajaran atau promosi kesehatan. Sesuai dengan masalah kesehatan, sehingga sasaran di fokuskan pada kepala keluarga untuk permasalahan kesehatan secara umum, ibu hamil dan ibu menyusui untuk permasalahan KIA (kesehatan ibu dan anak), anak usia sekolah untuk kesehatan remaja, dan lainnya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini efektif dengan strategi pemberdayaan warga.

2. Sasaran Sekunder (Secondary Target)

Yang tercantum pada sasaran sekunder yaitu para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan lainnya.

3. Sasaran Tersier (Tertiary Target)

Yang tercantum pada sasaran tersier yaitu tokoh perumusan keputusan ataupun penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah.

Peran Perawat Dalam Promosi Kesehatan

Menurut Berman et al (2010) individu, keluarga dan komunitas yang berusaha meningkatkan tanggung jawab terhadap kesehatan personal dan perawatan diri maka sangat memerlukan pendidikan kesehatan. Dalam promosi kesehatan sudah menciptakan kesempatan bagi perawat untuk menyebarkan informasi ke masyarakat dan membantu mengubah perilaku sehat yang bertahan lama.

Dalam program promosi kesehatan biasanya yang dilakukan yaitu penyebaran informasi, penilaian risiko kesehatan dan pengkajian kesejahteraan, perubahan gaya hidup dan perilaku dan program pengendalian lingkungan.

1. Penyebaran informasi

Penyebaran informasi adalah jenis program promosi kesehatan yang paling dasar. Metode ini biasa menggunakan beragam media untuk memberikan informasi ke keluarga dan masyarakat mengenai risiko

pilihan gaya hidup dan perilaku personal dan kualitas hidup. Perawat perlu memperhatikan ketika merencanakan penyebaran informasi yaitu mempertimbangkan budaya dan kelompok usia yang berbeda.

2. Penilaian risiko kesehatan dan program pengkajian kesejahteraan
Penilaian risiko kesehatan dan program pengkajian kesejahteraan biaya digunakan untuk menilai faktor risiko individu dan kelompok dalam memotivasi guna mengurangi risiko dan mengembangkan kebiasaan yang positif. Program pengkajian kesejahteraan difokuskan pada metode peningkatan yang lebih positif. Dalam melakukan pengkajian biasanya menggunakan instrumen yang telah dikembangkan.

3. Program perubahan gaya hidup dan perilaku

Program perubahan gaya hidup dan perilaku membutuhkan partisipasi individu, keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang harapan hidup.

4. Program pengendalian lingkungan

Program ini telah dikembangkan sebagai respons terhadap peningkatan manusia terhadap lingkungannya. Seperti kontaminasi bahan berbahaya, polusi udara, pemakaian pestisida dan herbisida. Berikut ini contoh peran perawat dalam promosi kesehatan (Berman et al., 2010) yaitu:

- a. menjadi model perilaku dan sikap hidup sehat;
- b. memfasilitasi keterlibatan klien dalam pengkajian, implementasi dan evaluasi tujuan kesehatan;
- c. mengajarkan strategi perawatan kesehatan;
- d. membantu individu, keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan;
- e. mendidik klien;
- f. membantu klien untuk menentukan promosi kesehatan;
- g. memandu perkembangan klien;
- h. menguatkan perilaku dan pembuatan keputusan;
- i. mengadvokasi perubahan klien.

Daftar Pustaka

- Aini, N. (2018) Teori Model Keperawatan: Beserta Aplikasinya dalam Keperawatan. Malang: UMM Press.
- Aisyah, S. N., Gede Putri, V. U. dan Mulyati, M. (2017) “Pengaruh Manajemen Waktu Ibu Bekerja Terhadap Kecerdasan Emosional Anak,” JKKP (Jurnal Kesejahteraan Keluarga
- Alderfer, M. A. (2011) ‘Assessing family health’, Encyclopedia of family, pp. 78–85.
- Ali, Z. (2009). Pengantar Keperawatan Keluarga. EGC.
- Ali, Z. (2010). Pengantar Keperawatan Keluarga. Jakarta: EGC.
- Allender, J. A., & Spradley, B. W. (2001). Community health nursing: Concepts and practice: Lippincott Williams & Wilkins.
- Allender, J.A, Rector, C, & Warner, A. D. (2014) Community and public health nursing: promoting the public’s health. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (2001). “Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public’s Health”, Philadelphia: Lippinott Wiliams & Wilkins.
- Alligood, R. M. (2017) Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka. 8th edn. Singapore: Elsevier.
- Andarmoyo (2012) Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan, Graha Ilmu. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Anderson, D. G. et al. (2017) ‘Family health risks’, Foundations for Population Health in Community/Public Health Nursing-E-Book, p. 310.

- ARCHBOLD, P. G., STEWART, B. J., GREENLICK, M. R. & HARVATH, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Res Nurs Health*, 13, 375-84.
- Arihta, M. dan Sri, S. (2008). *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Jogjakarta : Citra Medika
- Arora (2015) Definisi Teori Keperawatan. Malang: UMM Press.
- Asmadi (2016) Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- Atikah Pustikasari , Fatimah (2015) Hubungan Struktur Keluarga Terhadap Angka Kejadian Kekerasan Psikis Dalam Rumah Tangga jurnal Ilmu Kesehatan, 7(1); Januari 2015
- Azrul Azwar. (1997). “Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga”, Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Bakri, M.H. (2017). “ Asuhan Keperawatan Keluarga”, Yogyakarta: Pustaka Mahardika.
- Baron, R. A dan Donn, B. (2003). Psikologi Sosial. Jakarta: Erlangga.
- BERKEY, K. M. & HANSON, S. M. H. (1991). *Pocket Guide to Family Assessment and Intervention*, Mosby.
- Berman, A. et al. (2010) Kozier and Erb’s fundamentals of nursing. Pearson Australia.
- Bkkbn (2011) Batasan dan Pengertian MDK | MDK. Available at: <http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx> (Accessed: 15 March 2022).
- BKKBN (2018). “Survei Kinerja dan Akuntabilitas Program KKBPK (SKAP) Keluarga”. <https://archive.org/details/2018SKAPKELUARGA2018>.
- Bomar, P. J. (2003) Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. Elsevier Health Sciences.
- Budiono (2016) Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Chamidah, A. N. (2010) *Tumbuh Kembang Anak Balita*, Academia. Jakarta: EGC.
- Christeinsen & Paula, J. (2009). Proses Keperawatan : Aplikasi Model Konseptual edisi 4 (alih bahasa : Yuyun Yuningsih, Yasmin Asih).

- Jakarta : EGC Drs. E.B. surbakti M.A. 2008. Sudah siapkah menikah. Jakarta : PT Elex Media Komputindo
- Christensen, P. (2004) ‘The health-promoting family: a conceptual framework for future research’, *Social science & medicine*, 59(2), pp. 377–387.
- Denham, S. (2003). “Family Health: A Framework For Nursing”, Philadelphia: PA: F.A.
- Denham, S. A. (2011) ‘Rituals, routines, and their influence on health in families’, *Encyclopedia of family*, pp. 908–911.
- Depkes RI (2010) ‘Pedoman peyelenggaraan pelayanan keperawatan keluarga’.,
- Devine, C. M. et al. (2009) ‘Work conditions and the food choice coping strategies of employed parents’, *Journal of nutrition education and behavior*, 41(5), pp. 365–370.
- Dewi, R. (2010) ‘Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Kehamilan Risiko Di Puskesmas Bangetayu Kecamatan Genuk Kota Semarang Tahun 2010’, (Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang), pp. 8–13.
- Dewi, V.:Tri S. (2011) *Asuhan Kehamilan, persalinan dan nifas untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dion, Y. Dan Betan, Y. (2013). “*Asuhan Keperawatan Keluarga, Konsep dan Praktik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Duvall and Miller. (1985). *Mariage and Family Development*, New York, Harper and Row
- Efendi dkk (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Effendy, N. (1998). “ Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC.
- ELON, Y., MALINTI, E., SIHOMBING, R. M., RUKMI, D. K., TANDILANGI, A. A., RAHMI, U., DAMAYANTI, D., MANALU, N. V., KOERNIAWAN, D. & WINAHYU, K. M. (2021). *Teori dan Model Keperawatan*, Yayasan Kita Menulis.

- Eya, E. N. J. A. D. A. I. J. (2005). Family Resource Management For Family Stability: Implications For Human Resources Development In Nigeria.
- Families, C.a.S.S. (2010). The State of Victoria's Children 2010. Victoria: Families, Communities and Social Support.
- Faudiah, N., Dewi, R., & Hamid, Y. H. (2017). Pengelolaan Sumber Daya Keluarga: Syiah Kuala University Press.
- Fiese, B. H. and Hammons, A. (2013) '2 2 Theories of Family Health', Handbook of family theories: A content-based approach, p. 398.
- Friedman , M. M., Bowden, V. R. & Jones, E. G. (2003). Family Nursing: Research Theory & Practise . New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman (2010) Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Friedman, M.F. (1998). "Keperawatan Keluarga. Teori dan Praktik", Jakarta: EGC.
- Friedman, M. (2014) Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, teori, dan praktik. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003) Family Nursing: Research, Theory and Practice (Ed.5). California: Appleton and Lange Stanford.
- FRIEDMAN, M. M., VICKY, R., BOWDEN, E. & JONES, G. (2010). Keperawatan Keluarga: teori dan praktik, EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G.(2013) Family nursing: Research, theory & practice
- Friedman, MM, (1998), Family Nursing, Research, Theory & Practice, 4rd ed, California, Aplleton and Large
- Friedman,dkk. (2013) "Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik". Jakarta: EGC.
- Fruh, S. M. et al. (2012) 'Benefits of family meals with adolescents: nurse practitioners' perspective', The Journal for Nurse Practitioners, 8(4), pp. 280–287.
- Girsang, A. P. L., dkk. (2021). Statistik Penduduk Lanjut Usia 2021. Jakarta: Badan Pusat Statistik.

- Gottlieb, L. N. (2012) Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family. Springer Publishing Company.
- Hanson (2010) Family Health Care Nursing Theory, Practice and Research. 2nd editio. Philadelphia :F.A Davis Company.
- Hatfield, L. A. (2008) 'Sucrose decreases infant biobehavioral pain response to immunizations: A randomized controlled trial', Journal of Nursing Scholarship, 40(3), pp. 219–225. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00229.x.
- Hawari (2013) Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Herlinawati. (2013). "Konsep dan Proses Kaperawatan Keluarga". Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hidayat, aziz alimul (2009) Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1, 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Hockenberry, Wilson, D. & Rodgers, C. C. (2016) Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Elsevier.
- Intiyaswati, I. (2021) 'Hubungan Antara Pengetahuan Faktor Resiko Kehamilan Dan Jenis Persalinan', Jurnal Kebidanan, 10(2), pp. 52–61. doi: 10.47560/keb.v10i2.297.
- Jhonsense L & Leny R. (2017), Keperawatan Keluarga, Yogyakarta : Nuha Medika
- Jhonsense L dan Leny R. (2010). Keperawatan Keluarga (Jhon Budi (ed.)). Nuha Medika.
- Junaiti Sahar, Agus Setiawan, N. made R. (2019) Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. 1 st. Singapore: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Kaakinen, J. R dkk. (2010). Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research. Philadelphia: F. A Davis Company.
- KAAKINEN, J. R., COEHLLO, D. P. & ROBINSON, M. (2018). Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research, Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Kemenkes. (2017). Jakarta: <https://pusdatin.kemkes.go.id>.

- Kemenkes. (2021). Bersama Lansia Keluarga Bahagia. Jakarta: <https://www.kemkes.go.id/article/view/21060700001/konten-media-hari-lanjut-usia-nasional-hlun-2021.html>.
- Kim-Godwin, Y. S. and Bomar, P. J. (2010) 'Family health promotion', Family Health Care Nursing. 4th ed. Philadelphia: FA, pp. 209–213.
- Kuntoro, A. (2010). "Buku Ajar Manajemen Keperawatan". Yogyakarta: Nuha Lao, F.L., et al. (2000). "Focus on Family", Asia Pacific Journal of Family Medicine, 5(1).
- Loveland-Cherry, C. (2011) 'Role of families in health promotion', Encyclopedia of family health, 1, pp. 912–913.
- Lusiana el, D. (2019) Buku Ajar Asuhan Pada Neonatus, Bayi dan Balita, Jakarta: EGC. Jakarta: Trans Info Media.
- Majid Robinson. (1995). "Unifying distinctions for nursing research with persons and family". Journal of Advanced Nursing , 8-29.
- Makhfudli, F. E. (2013). "Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan". Jakarta: Salemba Medika.
- Mansyur Siregar, D., Manurung, E. I., Sihombing, R. M., Pakpahan, M., Sitanggang, Y. F., Rumerung, C. L., ... & Tri wahyuni, P. (2020). "Keperawatan Keluarga". Yayasan Kita Menulis.
- Manuaba, I. (2012) Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Penyakit Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan, Cetakan I. Jakarta: EGC.
- Marianti, R dan Butterfill, E. S. (2013). A framework for understanding old-age vulnerabilities. Europe: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3672844/>.
- marilyn M Friedman, Vicjy R Bowden, E. G. jones (2002) Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, teori dan praktik. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Martinus Tay Hambandima, Joko Wiyono, R. M. P. (2019) Perbedaan Perilaku Seksual Pada Remaja Dengan Ibu Bekerja Dan Ibu Tidak Bekerja.
- Maryam S, Setiawati and Ekasari, M. F. (2008) Buku Ajar Berpikir Kritis Dalam Proses Keperawatan. Jakarta: EGC.

- Maryam, S. (2017) ‘Strategi Coping: Teori Dan Sumberdayanya, JURKAM: Jurnal Konseling Andi Matappa, 1(2), p. 101. doi: 10.31100/jurkam.v1i2.12.
- Marzali, A. (2018) “Struktural-Fungsionalisme,” Antropologi Indonesia, 6(52). doi:10.7454/ai.v0i52.3314
- Mckenna, H.P., Pajnkihar, N. and Murphy, F. (2014) Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice. UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Mertajaya, I. M. et al. (2019) Konsep Keperawatan Keluarga. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). “Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori”, Jakarta : Salemba Medika.
- Mubarak, W.I. (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas .Salimba Medika : Jakarta
- Mulyasa, E. (2013) Wright, L., & Leahey, M. (2000). "Nurses and families : A guide In family assesment and intervention". Philadelphia: Davis.
- Murwani A & Setyowati S. (2010). Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta : Fitramaya
- Nadirawati (2018) Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga. 1st edn. Bandung: PT Refika Aditama.
- Nadirawati. (2018). “ Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga (Teori dan Aplikasi Praktik)”, Bandung: Refika Aditama.
- Nadirawaty (2018) Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga Teori dan Aplikasi Praktik. 1st edn. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Nasir, A. & M. A. (2011) Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.
- Neti Juniarti, S. K. (2018). MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA. Diambil dari https://www.researchgate.net/profile/Neti_Juniarti/publication/265194235_MANAJEMEN_SUMBER_DAYA_KELUARGA/links/55547ecc08aea86f6ad0/MANAJEMEN-SUMBER-DAYA-KELUARGA.pdf.

- OLSON, D. H. (2019). FACES IV. In: LEBOW, J. L., CHAMBERS, A. L. & BREUNLIN, D. C. (eds.) Encyclopedia of Couple and Family Therapy. Cham: Springer International Publishing.
- Padila (2012) Buku Ajar : Keperawatan Keluarga. Cetakan 1. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. and Parsons, M. A. (2009) 'Health promotion in nursing practice, ed 6, Upper Saddle River, NJ, 2011', Pearson Prentice Hall. and information giving across a range of literacy levels, Patient Educ Couns, 75, pp. 114–120.
- PMK, K. (2021). Pemerintah Perkuat Layanan Lansia Dengan Program ATENSI. Jakarta: <https://www.kemenkopmk.go.id/>.
- Potter & Perry (2009) Fundamental Keperawatan. Salemba Medika . Jakarta.
- Potter, P. & P. A. (2005) Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. EGC.
- PPNI, T. P. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1 Ausg.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (1 Ausg.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (1 Ausg.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Puspitawati, H. (2013) Konsep Dan Teori Keluarga, Komunikasi Pembangunan. doi: 10.1249/01.mss.0000074580.79648.9d
- Rahmad Hidayat, Dede (2009) Ilmu Perilaku Manusia.CV Trans Info Media : Jakarta
- Rini, inggar utami (2013) Perawatan Antenatal, Salemba Medika. Jakarta: Salemba Medika.
- Rofli, M. (2021) Teori dan Falsafah Keperawatan. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Sahar, J., Setiawan, A. dan Riasmini, N. M. (2019). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Jakarta: Elsevier.

- SARI, I. W. W. & NIRMALASARI, N. (2021). Translation and Psychometric Testing of the Indonesian Version of the Preparedness for Caregiving Scale. *NurseLine Journal*, 36-44%V 6.
- Savitri, I. & E. (2011) Kenali Stres. Jakarta: Balai Pustaka.
- Setiadi (2008), Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga, Graha Ilmu : Yogyakarta
- Setyowati, S. (2008). Asuhan Keperawatan Keluarga. Mitra Cendikia Press.
- Sinaga, Muhariati dan Kenty, (2017) Hubungan itesitas koomunikasi orang tua dengan anak terhadap hasil belajar (JKKP) Jurnak Kesehatan Keluarga dan pendidikan 2 (2) hal 27 doi.10.210009/jkjp.032.06.
- Siti Nur Kholifah. (2016). Keperawatan Keluarga Dan Komunitas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://drive.google.com/file/d/1k-3zgxJ_R217owt9CqpNw2Ka4ZkEwzaI/view
- SMILKSTEIN, G., ASHWORTH, C. & MONTANO, D. (1982). Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function. *The Journal of family practice*, 15, 303-11.
- Stanhope & Lancaster (2012) Foundation of nursing in the community : Community Oriented Practice. 4 ed. St.Louis Missouri: Elsevier Mosby.
- Stanhope & Lancaster. (2016). Public Health Nursing: Population Centered Health Care in Community. USA: Mosby.
- Stanley dan Beare. (2007). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Jakarta: EGC.
- Sudiharto (2007), Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural, EGC, Jakarta
- Sugiyanto. (2016). Praktik Klinik Keperawatan Keluarga dan Komunitas. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Praktik-Klinik-Keluarga-dan-komunitas-komprehensif.pdf>
- Sunarsih, T. (2018) Tumbuh kembang anak. Bandung. Jakarta: EGC.
- Suprajitno (2004) Asuhan Keperawatan Keluarga : aplikasi dalam praktik. Jakarta: EGC.
- Suprajitno (2004) Asuhan Keperawatan Keluarga : aplikasi dalam praktik. EGC : Jakarta.

- Suprajitno. (2004). Asuhan Keperawatan Keluarga. EGC.
- Tri Wahyuni, dkk. (2021). Buku Ajar Keperawatan Keluarga (1st ed.). CV Jejak.
- Wahid Iqbal Mubarak, N. C. (2012). "Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi". Jakarta: Salemba Medika.
- Wahid Iqbal Mubarak, Nurul Chayatin, B. A. S. (2012) Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Walsh, F. (2011) 'Family resilience: a collaborative approach in response to stressful life challenges', Resilience and mental health: Challenges across the lifespan, 12, pp. 149–161.
- Widagdo, W. and Resnayati, Y. (2019) Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Jakarta: Poltekkes Kemenkes Jakarta 1.
- WINAHYU, K. M., HEMCHAYAT, M. & CHAROENSUK, S. (2015). Multidimensional Scale of Perceived Social Support--Indonesian Version. PLoS ONE.
- WRIGHT, L. M. & LEAHEY, M. (2019). Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention, Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Wright, L. M. and Leahey, M. (2005) Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. FA Davis.
- Wright, LM & Leahey, M (1994), Nurses and Family ; a quide to Family Assesment and Intervention, 2 ed, Philadelphia, F.A Davis Compony
- ZIMET, G. D., DAHLEM, N. W., ZIMET, S. G. & FARLEY, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.

Biodata Penulis



Penulis.

Lenny Erida Silalahi Pengalaman bekerja di berbagai Rumah Sakit Negri dan Swasta di Jakarta. Bekerja sebagai Staf pengajar AKKES YRSJ. Fokus mengajar mata kuliah Medikal Bedah, dan berbagai mata kuliah yang berkaitan. Kegiatan yang lain dilakukan saat ini aktif di masyarakat sebagai Perawat RW 08 Sukapura,Jakarta dan Sebagai



Dian Yuniar Syanti Rahayu lahir di Bandung, pada 20 Juni 1980. Telah menikah dan dikaruniai satu orang putri dan satu orang putra. Merupakan dosen pengajar pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari untuk mata kuliah keperawatan Komunitas, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Keluarga. Jenjang akademik penulis mulai ditempuh dari AKPER Manggala Husada, Jakarta lulus tahun 2001, kemudian pada tahun 2004 lulus Program Studi SI Kesehatan Masyarakat Urindo Jakarta, penulis melanjutkan studi Program Magister

Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung (2009-2010). Jenjang karir penulis mulai menjadi perawat di RSUD Palabuhan Ratu (2001-2002), perawat di Puskesmas Ciambang Sukabumi (2002-2004), mengajar di ITK Avicenna Kendari (2005 – 2009), dan di Poltekkes Kemenkes Kendari sampai sekarang. Penulis juga telah mengikuti berbagai seminar, pelatihan, conference dan lokakarya untuk meningkatkan kompetensi dalam bidang keperawatan.



Karina Megasari Winahyu, Ns., M.N.S. Penulis lahir di Kota Tangerang, Banten, Indonesia. Ia menyelesaikan pendidikan S1 Ners di Universitas Indonesia dan Master of Nursing Science (Family and Community Health Nursing) di Kasetsart University, Thailand. Saat ini, penulis merupakan PhD (Cand.) in Nursing di Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital & Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. Penulis merupakan dosen tetap Prodi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, FKIP Universitas Muhammadiyah Tangerang. Fokus aktivitas yaitu, mengajar, meneliti, dan melakukan pengabdian masyarakat pada bidang Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Selain itu, penulis aktif mengelola jurnal sebagai Editorial Board Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia [JIKI], serta menjadi reviewer di beberapa jurnal nasional dan internasional. Korespondensi dengan penulis melalui karinawinahyu@yahoo.com.



Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes adalah dosen tetap di STIKes Fatmawati, Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta (2008), Program Studi Profesi Ners di Universitas Indonesia Maju (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh kuliah kembali pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan peminatan Spesialis Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia. Saat ini menjabat sebagai wakil kepala UPPM dalam bidang Pengabdian Kepada Masyarakat. Selain itu, aktif pula dalam kegiatan homecare dengan keahlian terapi komplementer, melakukan penelitian dengan menghasilkan beberapa jurnal ilmiah dan menghasilkan beberapa karya PkM yang mendapatkan HAKI.



Yulta Kadang, lahir di Palu, 04 Juli 1990. Penulis menyelesaikan pendidikan dimulai dari S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIK Stella Maris pada tahun (2014). Setelah itu penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan konsentrasi Manajemen Keperawatan, di Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin pada tahun (2017). Penulis pernah menjadi guru prodi keperawatan di SMK Nusantara Palu (2014-2017). Penulis juga pernah menjadi dosen di STIK Stella Maris Makassar (2020). Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Akademi Keperawatan Justitia Palu, dengan Mata Kuliah yang diajpu: Etika Keperawatan, Manajemen Keperawatan, Keperawatan Kritis, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana. Saat ini penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang keperawatan. Ketertarikan peneliti dalam penelitian adalah terkait pengembangan instrumen dan studi kualitatif.



Rosita lahir di Balikpapan, pada 23 Juli 1987. Ia tercatat sebagai lulusan dari Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, (PSIK-FK) pada tahun 2009 di Universitas Hasanuddin kemudian tercatat sebagai lulusan pada Program Studi Profesi Ners pada tahun 2010 di Universitas Hasanuddin. Setelah itu, pada tahun 2014 tercatat sebagai lulusan dari Magister Kesehatan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia Timur. Selama menyelesaikan kan studi di Jenjang Strata-2 (S2) Penulis juga sudah bekerja dan menjadi Staf Dosen Pengajar di STIKES Graha Edukasi Makassar dengan Mata kuliah yang pernah diajarkan yaitu Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, Keperawatan Keluarga, Metodologi Penelitian, Keperawatan Medikal Bedah, Riset Keperawatan, Ilmu Dasar Keperawatan, Konsep Dasar Keperawatan, dan Keperawatan Jiwa serta Penulis juga pernah menjabat sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan pada tahun 2014-2019. Pada tahun 2020 sampai sekarang Penulis tercatat sebagai Staf Dosen Pengajar dan menjabat sebagai Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian kepada

Masyarakat pada Program Studi Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan Justitia Palu. Wanita yang kerap disapa Ochy ini adalah anak keempat dari pasangan Baco Samuel (Ayah) dan Yuliana (Ibu). Alamat email : rosita.ners87@gmail.com



Santa Maria Pangaribuan lahir di Tarutung, Sumatera Utara, pada 29 Agustus 1993. Pendidikan sarjana di tempuh di program studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran, lulus tahun 2014. Pada tahun 2017, penulis diterima di Program Master of Science in Nursing, Taipei Medical University, Taiwan, dan menamatkan pada tahun 2019. Saat ini adalah dosen tetap Program Studi Keperawatan Akper RS PGI Cikini, Jakarta. Mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik. Aktif menulis artikel di

berbagai jurnal ilmiah. Salah satu artikelnya dengan judul Mediating Effects of Coping Strategies on the Relationship Between Mental Health and Quality of Life Among Indonesian Female Migrant Workers in Taiwan telah dimuat di International Journal terindex scopus (Q1).



M. Kus Fitriani Fruitasari lahir di Jakarta, pada 23 Oktober 1974, lulusan Magister Keperawatan FK. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta ini selain aktif mengajar pada prodi Ilmu Keperawatan dan Ners, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Musi Charitas dan juga aktif mengajar senam aerobik atau instruktur aerobik pada salah satu pusat kebugaran di Palembang. Wanita yang kerap disapa Fifi ini mempunyai hobi olahraga terutama senam aerobik, mendengarkan musik, menonton film, menulis puisi, cerita pendek dan bermain teater. Hobi olahraganya

dilakukan dari masa remaja, karena penulis sebagai profesional di bidang kesehatan, harus menjadi role model hidup sehat, salah satunya adalah aktif berolahraga untuk mempertahankan kesehatan dan meningkatkan kebugaran tubuh. Hobinya di bidang seni memang tidak berhubungan langsung dengan keperawatan, tapi penulis mempunyai pandangan bahwa merawat adalah

sebuah seni, karena dalam keperawatan ada gabungan dari intuisi, rasa, empati, nalar dan keputusan dalam mengambil sebuah tindakan keperawatan. Penulis merupakan anak sulung dari pasangan Aloysius Kasdijanto (ayah) dan Yustina Veronica Tri Sulami (ibu) mempunyai motto hidup: "Apabila kita belum bisa membahagiakan orang yang kita sayangi, minimal buatlah orang yang kita sayangi tidak sedih dan kecewa dengan perbuatan kita".



Tiurlan Mariasima Doloksaribu, S.Kep, NS, M.Kep, lahir di Tinjowan, 06 Januari 1977. Ia tercatat sebagai lulusan Magister di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia untuk peminatan Keperawatan Anak, Tahun 2011.

Wanita yang kerap disapa "Tiur" ini adalah anak dari pasangan Saiman Doloksaribu dan Tumihar Napitupulu. Ia seorang Dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Medan sejak tahun 2011 sampai dengan sekarang. Tiurlan Mariasima Doloksaribu dikaruniai seorang putri bernama Gabriella Apfia Maharani dan suaminya bernama MP Silaban.

Ia adalah seorang Dosen Profesional yang secara legal dibuktikan melalui Sertifikat Pendidik yang diperolehnya pada Tahun 2016. Selain seorang Dosen, ia juga seorang Peneliti dan Penulis Buku dengan judul buku "Pengantar Keperawatan yang terbit pada 01 Desember 2021. Buku kedua yang ia tulis dengan judul "Pengantar Manajemen Keperawatan" yang terbit pada 01 Januari 2022.



Hera Hastuti lahir di Padang, pada 28 Juni 1974. Ia tercatat sebagai lulusan Program Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2014. Aktif berorganisasi di DPD PPNI Kota Tangerang dan IPKKI DKI Jakarta sebagai Bidang pendidikan dan pelatihan. Beberapa pelatihan yang telah diikuti Training of Trainer Perawatan Kesehatan Masyarakat Perawat Klinik I dan Training of Trainer Keperawatan Gerontik Dasar.



Dr. Mustar. A.Per.Pen., M.Kes lahir di Majene, 01 Desember 1964, telah melaksanakan pengabdian pertama di Puskesmas pada tahun 1986 - 1992 , dan pada tahun 1993 - 2001 bertugas sebagai Guru SPK Dep. Kes Ujung Pandang, tahun 2002 - 2006 bertugas di Akper Pemda Majene, tahun 2007 - 2009 Dosen di Unsalbar, tahun 2010-2020 sebagai Dosen Lembaga Layanan Dikti Wilayah IX Sulawesi dengan DPK pada Akademi Kebidanan Bina Sehat Nusantara, Bone. Dan pada tahun 2021 sebagai Dosen DPK pada Institut Sains dan Kesehatan Bone.

Menyelesaikan Pendidikan Program DIV Keperawatan Komunitas pada Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 1999. Selanjutnya menyelesaikan program Magister pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan pada Universitas Hasanuddin pada tahun 2007, dan terakhir mendapatkan gelar Doktor Bidang Sosiologi Konsentrasi Sosiologi Kesehatan pada Universitas Negeri Makassar pada tahun 2015.



Martalina Limbong, S.Kp., M.Kep., CH merupakan Dosen pengajar pada Program Diploma III (D III) Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Penulis lahir di Sei lebah, pada 3 Maret 1980. Jenjang akademik penulis, pertama dimulai dengan menempuh Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus tahun 2003. Penulis melanjutkan studinya tahun 2012 Program Magister di Universitas Sumatera Utara (USU) Medan dan saat ini penulis sedang menyelesaikan pendidikan Program Doktoral Theologia di Sekolah Tinggi Theologia Sumatera Utara (STTSU) dengan konsentrasi keilmuan

Pastoral.

Pengalaman di dunia profesi, penulis mulai dengan bekerja sebagai Perawat di Rumah Sakit Advent Medan (RSAM) sejak Tahun 2004-2005. Sejak 2005 hingga sekarang menjadi dosen tetap di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar. Pada Tahun 2007 penulis telah memiliki Jabatan Fungsional sebagai Asisten Ahli (2007) dan tahun 2012 dengan Jabfung Lektor.

Pada tahun 2017 akhirnya penulis dinyatakan lulus sertifikasi dosen dan dinyatakan sebagai Dosen Profesional pada ilmu keperawatan. Penulis dipercayakan sebagai Ketua Jurusan Keperawatan pada tahun 2019. Sebagai Dosen profesional penulis aktif dalam melakukan penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) dan mengikuti seminar dan workshop baik secara nasional dan secara Internasional yang. Hasil karya baik berupa prosiding, jurnal dan buku yang tercatat di Google Scholar dan Sinta. Silahkan kunjungi

<https://scholar.google.com/citations?user=rgZwVaEAAAAJ&hl=en>



Ns. Vernando Yanry Lameky, S.Kep., M.Kep., lahir di desa Wasarili, Kabupaten Maluku Barat Daya, pada tanggal 28 januari 1995, menempuh pendidikan sarjana keperawatan pada STIKes Pasapua Ambon (2013-2016), menyelesaikan pendidikan Ners pada Universitas Esa Unggul Jakarta (2017-2018) dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta (2018-2020). Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Kristen Indonesia Maluku dan saat ini aktif mengajar di STIKes RS Prof. Dr. J. A. Latumeten Ambon, aktif menekuni tugas Tridharma Perguruan Tinggi yakni Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat.

PENGANTAR KEPERAWATAN KELUARGA

Buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu buku acuan bagi dosen atau tenaga pengajar, calon perawat dan praktisi pelayanan Kesehatan dalam mengenal tentang Konsep keperawatan keluarga, konsep keluarga sejahtera, format keperawatan keluarga, model konsep keperawatan keluarga, struktur keluarga, stress dan coping keluarga, konsep manajemen sumber daya, proses keperawatan pada balita sakit dan ibu hamil, anak remaja, anak sekolah dan lansia, Tindakan keperawatan keluarga mustar,tren dan isu serta promosi Kesehatan.

Secara lengkap buku ini membahas :

- Bab 1 Konsep Keperawatan Keluarga
- Bab 2 Konsep Keluarga Sejahtera
- Bab 3 Format Keperawatan Keluarga
- Bab 4 Model Konsep Keperawatan Keluarga
- Bab 5 Struktur Keluarga
- Bab 6 Fungsi Keluarga
- Bab 7 Stres dan Koping Keluarga
- Bab 8 Konsep Manajemen Sumber Daya Keluarga
- Bab 9 Proses Keperawatan Keluarga Pada Balita Sakit dan Ibu Hamil
- Bab 10 Proses Keperawatan Keluarga Pada Anak Sekolah dan Anak Remaja
- Bab 11 Proses Keperawatan Keluarga Pada Lansia
- Bab 12 Tindakan Keperawatan Keluarga
- Bab 13 Tren dan Isu Pada Keperawatan Keluarga
- Bab 14 Promosi Kesehatan Keluarga



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

ISBN 978-623-342-471-4

9 78623 424714