

Buku Ajar

KEPERAWATAN KELUARGA UNTUK S1 KEPERAWATAN

Nur Fadhilah • Lilis Yuliarsih



BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA UNTUK S1 KEPERAWATAN

Penulis:

Nur Fadhillah, M.Kes., Ph.D.

Ns. Lilis Yuliarsih, M.Kep.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA UNTUK S1 KEPERAWATAN

Penulis:

Nur Fadhillah, M.Kes., Ph.D.

Ns. Lilis Yuliarsih, M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8775-72-9

Cetakan Pertama: November, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Bismillahirrohmanirrohim,

Alhamdulillahirobbilalamin, tiada batas rasa syukur senantiasa kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan karunia sehat dan keluasan waktu sehingga kami dapat menyelesaikan dan mempersembahkan sebuah karya buku ajar Keperawatan Keluarga. Buku ini lahir dari sebuah proses yang penuh ketekunan dan dedikasi, ditujukan untuk memperkaya wawasan dan memberikan inspirasi dalam bidang Keperawatan Keluarga.

Buku ini dirancang secara sistematis sesuai dengan peta analisis Mata Kuliah Keperawatan Keluarga, dan materi disajikan secara komprehensif dan mudah dipahami, agar dapat menjadi referensi yang berguna bagi siapa saja yang tertarik mendalami Keperawatan Keluarga. Seluruh pokok bahasan dijelaskan secara detail berupa pembahasan yang lugas terutama untuk memperjelas konsep konsep yang sering membingungkan. Selain itu buku ini juga dilengkapi dengan contoh soal dan latihan, oleh karena itu penulis sangat menganjurkan kepada pembaca agar mempelajari buku ini secara berurutan dan berlatih menjawab soal.

Tak berlebihan bila ucapan terimakasih pertama kami sampaikan kepada PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal), selaras dengan namanya selalu optimal dalam memberikan ruang dan waktu sehingga peluang ini mampu menghasilkan karya yang Insya Allah menjadi amal jariyah yang tak akan lenggang oleh waktu, dan kepada tim penulis terimakasih atas dedikasinya yang luar biasa sehingga dalam kondisi se sibuk dan seelah apapun, kita masih diberikan kemampuan untuk berkarya.

Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Melalui pendekatan yang sistematis dan berorientasi pada kebutuhan keluarga, diharapkan para pembaca mampu mengaplikasikan ilmu ini dalam upaya mendukung kesejahteraan anggota keluarga sebagai satu kesatuan yang utuh.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB 1 KONSEP KELUARGA DAN KEPERAWATAN KELUARGA 1

A. Konsep Keluarga	2
1. Definisi Keluarga.....	2
2. Tipe Keluarga	3
3. Struktur Keluarga.....	6
4. Fungsi dan Peran Keluarga	10
5. Perkembangan Keluarga	14
B. Konsep Keluarga Sejahtera	20
C. Konsep Keperawatan Keluarga.....	24
1. Definisi Keperawatan Keluarga.....	25
2. Prinsip-Prinsip Perawatan Keluarga.....	25
3. Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga	26
4. Sasaran Keperawatan Keluarga	28
5. Faktor yang Mempengaruhi Keperawatan Keluarga.....	28
6. Tujuan Perawatan Kesehatan Keluarga	29
7. Fungsi Keperawatan Keluarga	30
8. Peran Perawat Keluarga	30
D. <i>Trend dan Issue</i> Keperawatan Keluarga	32
1. Latar Belakang	32
2. Definisi.....	33
3. Tren dan Isu dalam Keperawatan Keluarga	33
4. Isu Terbaru dalam Keperawatan Keluarga	35
E. Latihan	40
F. Rangkuman Materi.....	46
G. Glosarium.....	47
Daftar Pustaka	48

BAB 2 TEORI MODEL KEPERAWATAN KELUARGA.....49

A. Teori dan Model Keperawatan.....	51
B. Teori dan Model Keperawatan Keluarga.....	52

1. Model Betty Neuman tentang Sistem Kesehatan	52
2. Model Florence Nigthingale (Teori Lingkungan).....	53
3. Teori Imogene King tentang Pencapaian Tujuan (Interacting Systems Framework Theory of Goal Attainment).....	54
4. Model Sister Callista Roy tentang Adaptasi (Adaptation Model) Teori ROY dikenal dengan "Model Adaptasi Roy"	55
5. Model Dorothea E. Orem tentang Perawatan Diri (Self Care Deficit Theory of Nursing)	56
6. Teori Martha E. Rogers tentang Manusia Seutuhnya (Unitary Human Beings)	57
7. Model Friedman.....	58
C. Latihan	59
D. Rangkuman Materi	61
E. Glosarium.....	61
Daftar Pustaka	61

BAB 3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA.....63

A. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	65
B. Proses Asuhan Keperawatan Keluarga.....	67
1. Pengkajian.....	67
2. Diagnosis Keperawatan Keluarga	74
3. Intervensi Keperawatan.....	79
4. Implementasi Keperawatan	89
5. Evaluasi.....	90
C. Latihan	95
D. Rangkuman Materi.....	101
E. Glosarium.....	102
Daftar Pustaka	104

PROFIL PENULIS..... 107

BAB 1

KONSEP KELUARGA DAN KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Kemampuan perawat dalam menguasai konsep keluarga merupakan hal yang sangat penting dan mendasar sebagai bekal untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga. Pemahaman konsep keluarga memberikan arah untuk mengenal karakteristik keluarga diantaranya tentang struktur, tipe, peran dan tahap perkembangan keluarga. Penguasaan dasar konsep keluarga diperlukan untuk mengetahui secara normal kondisi keluarga yang harus di capai dan menjadi dasar untuk membandingkan secara nyata pada pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan kepada keluarga klien sehingga perawat dapat menentukan masalah yang terjadi pada keluarga tersebut.

Tujuan Intruksional:

Setelah mempelajari pokok bahasan ini peserta didik mampu memahami konsep keluarga dan keperawatan keluarga

Capaian Pembelajaran:

Setelah mempelajari pokok bahasan ini peserta didik mampu menjelaskan kembali:

1. Konsep Keluarga
2. Konsep Keluarga Sejahtera
3. Konsep Keperawatan Keluarga
4. Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga
5. Trend dan Issue Keperawatan Keluarga

A. Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Terdapat banyak ahli yang menguraikan definisi keluarga berdasarkan sudut pandang yang berbeda-beda, diantaranya yaitu :

a. Undang-undang No. 52 Tahun 2009

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

b. Depkes RI (2000)

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

c. Friedman

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga.

d. Lancaster dan Stanhope (1992)

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

e. Menurut Duvall

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

f. Menurut Salvicion G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1989)

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

g. Menurut Johnson's (1992)

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

2. Tipe Keluarga

Perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan. Terdapat beberapa tipe keluarga berdasarkan para ahli. Secara umum tipe keluarga di bagi menjadi dua yaitu keluarga tradisional dan modern (Non tradisional).

a. Tradisional

Tipe keluarga tradisional memiliki struktur yang utuh dan tetap. Tipe keluarga tradisional merupakan tipe yang paling umum sering ditemukan di negara-negara bagian timur. Ada beberapa tipe keluarga tradisional, yaitu sebagai berikut :

1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Keluarga inti terbentuk karena pernikahan atau kelahiran, dan dari sebab biologis maupun adopsi.

2) Keluarga Tanpa Anak (*Dyad Family*)

Keluarga terdiri dari suami dan istri tanpa anak yang hidup bersama dalam satu rumah, baik pasangan yang baru menikah yang sepakat untuk menunda memiliki anak maupun yang sudah lama menikah dan tidak memiliki anak.

3) *The Childless Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena wanita mengejar karier atau pendidikan.

4) Keluarga Adopsi

Keluarga yang mendapatkan anak secara sah dan mengambil tanggung jawab dari orangtua kandung.

5) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Keluarga yang terdiri dari anggota keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) disertai paman, tante, orang tua keponakan, dan lain-lain. Keluarga

besar ini merupakan gabungan dari beberapa generasi yang hidup bersama dalam satu rumah.

6) Keluarga Orang Tua Tunggal (*Single-Parent Family*)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua yaitu ayah atau ibu (tidak memiliki pasangan) dengan anak, baik anak kandung maupun anak angkat, biasanya terjadi melalui proses perceraian, kematian, atau karena ditinggalkan.

7) *Commuter Family*

Suami istri yang bekerja berjauhan atau tinggal terpisah di kota yang berbeda, tetapi dapat berkumpul dengan anggota keluarga pada waktu-waktu tertentu.

8) *Multigenerational Family*

Keluarga yang terdiri dari beberapa generasi atau tingkatan umur yang tinggal dalam satu rumah.

9) *Kin-Network Family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama.

10) Keluarga Campuran (*Blended Family*)

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

11) Dewasa Lajang yang Tinggal Sendiri (*Single Adult*)

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

12) Keluarga Binuklir

Keluarga atau suami istri yang bercerai dan anak menjadi bagian anggota keluarga dari dua rumah tangga inti ibu dan ayah yang berpisah.

b. Non Tradisional (Modern)

Bentuk keluarga non tradisional atau keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial yang terbentuk secara legal maupun tidak legal. Faktor yang mempengaruhi terbentuknya keluarga modern ini diantaranya yaitu karena adanya kebutuhan berbagi, berinteraksi dan

hubungan relasi sosial, serta adanya kesepakatan. Bentuk keluarga modern atau non tradisional yang paling umum saat ini adalah:

1) *The Unmarried Teenage Mother*

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

2) *Reconstituted Nuclear*

Keluarga yang terbentuk karena pernikahan kembali setelah berpisah dan hidup bersama anak hasil pernikahan yang lama maupun pernikahan yang baru.

3) *The Step Parent Family*

Keluarga dengan anak yang diadopsi oleh pasangan suami dan istri baik yang sudah memiliki anak maupun belum.

4) *Commune Family*

Keluarga yang terdiri dari beberapa pasangan suami istri yang tidak memiliki hubungan darah, dan tinggal satu atap bersama anak-anaknya. Keluarga terbentuk karena kesepakatan bersama untuk hidup satu atap dan hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok dan membesarkan anak bersama.

5) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family* (Keluarga Heteroseksual)

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

6) *Gay and Lesbian Families*

Seseorang yang mempunyai jenis kelamin yang sama yang hidup bersama sebagaimana suami dan istri.

7) *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu, misalnya diperantauan karena berasal dari daerah yang sama.

8) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa yang tinggal bersama dan merasa sudah menikah, menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, berbagi sesuatu termasuk seksual, dan membesarkan anaknya bersama.

9) *Group Network Family*

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

10) *Foster Family*

Keluarga yang menerima anak karena kehilangan orang tua atau orang tua yang sengaja menitipkan anaknya dalam waktu sementara hingga anak tersebut kembali kepada keluarga aslinya.

11) *Institusioal*

Anak atau orang dewasa yang tinggal bersama di sebuah panti atau dinas sosial karena kehilangan keluarga atau sengaja dititipkan oleh keluarga.

12) *Homeless Family*

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

13) *Gang Family*

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

3. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menurut Friedman (2003) bahwa struktur keluarga terbagi menjadi empat bagian yaitu :

a. Pola komunikasi keluarga

Komunikasi dalam keluarga merupakan proses penyampaian pesan secara jelas dan berkualitas serta meminta dan menerima umpan balik. Komunikasi dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, ada hirarki kekuatan, dan dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya berita negatif, tidak berfokus pada satu hal. Komunikasi menjadi hal yang sangat penting dalam sebuah hubungan, komunikasi yang dibangun akan menentukan kedekatan antara anggota keluarga dan bisa menjadi salah satu tolak ukur kebahagiaan sebuah keluarga. Bagi keluarga dengan pola komunikasi yang tidak berfungsi

dapat menimbulkan berbagai persoalan, terutama beban psikologis bagi anggota keluarga.

Karakteristik pola komunikasi yang tertutup dan tidak berfungsi yaitu :

- 1) Fokus pembicaraan hanya pada satu orang, misalnya hanya pada penentu keputusan.
- 2) Tidak ada diskusi dalam keluarga, anggota keluarga harus menyetujui dan masing-masing anggota keluarga tidak dapat menyampaikan pendapatnya.
- 3) Hilangnya empati dalam keluarga.

Pola interaksi yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik:

- 1) Terbuka, jujur, berpikiran positif, dan selalu berupaya menyelesaikan konflik keluarga.
- 2) Komunikasi yang berkualitas antara pembicara dan pendengar, hal ini biasa disebut dengan stimulus-respons yang berbeda dengan komunikasi berpola interaksional. Di dalam pola komunikasi interaksional, kedua belah pihak yang terlibat komunikasi sama-sama aktif dan kreatif dalam menciptakan ide atau gagasan yang disampaikan, sehingga menjadi lebih dinamis dan komunikatif.

b. Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi atau kedudukannya dalam keluarga, misalnya ayah sebagai kepala rumah tangga dan ibu perannya merawat anak. Struktur peran dapat bersifat formal atau informal, misalnya seorang istri diperbolehkan bekerja di luar rumah, maka istri telah menjalankan peran informal, begitu pun sebaliknya jika suami ikut membantu pekerjaan rumah tangga maka suami telah melaksanakan peran informalnya. Standar peran formal dalam keluarga meliputi : pencari nafkah, ibu rumah tangga, merawat anak, mengelola keuangan, rekreasi, terapeutik, reproduksi atau seksual. Peran informal bersifat implisit atau tidak tampak berkaitan dengan kebutuhan emosional seperti membina keharmonisan, motivasi, inisiasi dan lain sebagainya.

c. Struktur kekuatan dan struktur nilai

Struktur kekuatan adalah kemampuan individu untuk mengontrol, mempengaruhi atau mengubah perilaku orang lain, meliputi hak (*Legitimate power*), ditiru (*Referent power*), keahlian (*Expert power*), hadiah (*Reward power*), paksaan (*Coercive power*), dan *effektif power*.

Struktur kekuatan keluarga menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga. Kekuasaan ini terdapat pada individu di dalam keluarga untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah positif, baik dari sisi perilaku maupun kesehatan. Ketika seseorang memiliki kekuatan, maka ia sesungguhnya mampu mengendalikan sebuah interaksi. Kekuatan ini dapat dibangun dengan berbagai cara. Selain itu, ada beberapa faktor yang mendasari terjadinya struktur kekuatan keluarga.

1) *Legitimate power*

Dalam konteks keluarga, kekuatan ini sebenarnya tumbuh dengan sendirinya karena ada hierarki yang merupakan konstruksi masyarakat. Seorang kepala keluarga adalah memegang kekuatan interaksi dalam keluarga. Ia memiliki hak untuk mengontrol tingkah laku anggota keluarga lainnya, terutama pada anak-anak.

2) *Referent power*

Di masyarakat pada umumnya, orangtua adalah panutan utama dalam keluarga, terlebih posisi ayah sebagai kepala keluarga. Apa yang dilakukan ayah akan menjadi contoh, baik oleh pasangannya maupun anak-anaknya. Friedman menunjukkan bahwa kekuatan tidak harus ditunjukkan secara fisik, melainkan juga dengan teladan. Misalnya untuk mengajari anak melaksanakan ibadah, tidak perlu dengan kemarahan, dengan cara orangtua senantiasa beribadah anak akan mengikuti dengan sendirinya. Anak akan belajar dari apa yang dilihatnya.

3) *Reward power*

Kekuatan penghargaan berasal dari adanya harapan bahwa orang yang berpengaruh dan dominan akan melakukan sesuatu yang positif terhadap ketaatan seseorang (Friedman, 1988). Imbalan menjadi hal penting dan dapat memberikan pengaruh kekuatan dalam keluarga. Hal ini tentu sering terjadi di masyarakat, misalnya orang tua menjanjikan hadiah untuk anaknya jika berhasil meraih nilai terbaik di sekolah. Dengan hadiah tersebut, anak akan berusaha untuk menjadi yang terbaik agar dapat mencapai keinginannya untuk mendapatkan hadiah tersebut. Cara tersebut memang ampuh dalam memotivasi anak, akan tetapi jika anak gagal, sebaiknya anak tetap diberi hadiah

tapi di bawah standar yang dijanjikan, sebagai bentuk penghargaan terhadap usaha anak meski belum berhasil.

4) *Coercive power*

Unsur lain kekuatan dalam keluarga yaitu ancaman dan hukuman yang menjadi pokok dalam membangun kekuatan keluarga. Friedman (1988) mendefinisikan kekuatan ini sebagai kekuasaan dominasi atau paksaan yang mampu untuk menghukum bila tidak taat. Sebagian orangtua tidak menggunakan kekuasaan ini, namun sebagian lainnya sangat membutuhkan karena merasa putus asa dalam mendidik anak. Setiap anak memiliki karakter unik dan berbeda-beda, oleh karena itu pola asuh terhadap anak harus disesuaikan dengan karakter masing-masing anak, tidak bisa disamaratakan. Orangtua memilih pola asuh tertentu atas berbagai pertimbangan yang membuat anak menjadi lebih positif.

d. Nilai-nilai atau norma

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan atau keyakinan yang dapat menjadi pedoman bagi perkembangan norma dan aturan dan dapat mempersatukan keluarga dalam suatu budaya. Norma adalah pola perilaku yang baik menurut masyarakat yang dapat diterima pada lingkungan sosial berdasarkan system nilai yang berlaku. Nilai-nilai dianut bersama dalam masyarakat meski tidak tertulis Nilai-nilai dalam keluarga tidak hanya dibentuk oleh keluarga itu sendiri melainkan juga merupakan warisan dari keluarga dari pihak suami atau istri dan garis keturunan sebelumnya dan terus berkembang.

e. Struktur keluarga berdasarkan dimensi budaya :

1) Berdasarkan dominasi jalur hubungan darah :

a) *Patrilineal*

Struktur keluarga yang dibangun melalui hubungan sedarah pada jalur garis ayah. Suku-suku di Indonesia rata-rata menggunakan struktur keluarga *patrilineal*.

b) *Matrilineal*

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

2) Berdasarkan keberadaan tempat tinggal

a) *Patrilokal*

Struktur keluarga yang dibangun berdasarkan keberadaan tempat tinggal keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak suami.

b) *Matrilokal*

Struktur keluarga yang dibangun berdasarkan keberadaan tempat tinggal keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak istri

3) Berdasarkan dominasi pengambilan Keputusan

a) *Patriakal*

Struktur keluarga yang dibangun berdasarkan pengambilan keputusan dalam keluarga dengan dominasi pengambil keputusan berada pada pihak suami.

b) *Matriakal*

Struktur keluarga yang dibangun berdasarkan pengambilan keputusan dalam keluarga dengan dominasi pengambil keputusan berada pada pihak istri.

4. Fungsi dan Peran Keluarga

Fungsi dan peran keluarga merupakan hal penting yang harus dijalankan dan dipatuhi oleh setiap anggotanya. Jika salah satu anggota keluarga terkendala, dalam melaksanakan peran dan fungsinya maka tujuan keluarga akan terhambat. Aspek fungsional keluarga merupakan pembentuk 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 Friedman (1998) fungsi pokok keluarga dikelompokkan dalam lima poin yaitu fungsi reproduktif, sosialisasi, affektif, ekonomi, dan perawatan kesehatan.

a. Fungsi reproduktif

Fungsi reproduksi berkaitan dengan hubungan suami istri dan pola reproduksi memiliki keturunan untuk mempertahankan generasi penerus keluarga, budaya dan menjaga kelangsungan sebuah keluarga.

b. Fungsi sosial

Fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial, menanamkan nilai-nilai, norma, sikap dan perilaku dalam berhubungan dengan orang lain.

c. Fungsi affektif

Keluarga berfungsi memberikan kasih sayang, perhatian, rasa nyaman, membantu anggota keluarga untuk belajar saling menghormati dan menggunakan koping pada saat menghadapi konflik atau stress. Fungsi ini dapat membentuk karakteristik atau identitas keluarga, dan membentuk perkembangan psikologis anggota keluarga. Maka komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi affektif yaitu saling mendukung, menghormati, saling asuh, menciptakan kehangatan dan menjalin hubungan yang dekat antara anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian, rumah tempat tinggal. Kemampuan keluarga untuk memperoleh penghasilan yang baik dan mengelola dengan bijak merupakan faktor penting untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi. Penghasilan keluarga diperoleh dari ayah, ibu atau anak yang bekerja.

e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan

Keluarga merupakan unit utama dalam menciptakan perilaku sehat dan melakukan pemeliharaan serta perawatan kesehatan bagi anggota keluarga, fungsi perawatan kesehatan dalam keluarga bersifat preventif dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Terdapat lima tugas Kesehatan keluarga yang saling berkaitan dan perlu dilakukan pengkajian oleh perawat untuk mengetahui sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut sehingga perawat dapat memberikan pembinaan terhadap keluarga. Keluarga harus mampu melakukan tugas kesehatan sebagai berikut :

1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan utama, oleh karena itu Keluarga harus mampu mengetahui keadaan kesehatan dan menyadari perubahan yang dialami anggota keluarga.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Sebagai bentuk upaya keluarga dalam mencari tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dirasakan berupa perubahan kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga. Keluarga diharapkan mampu menentukan tindakan kesehatan yang tepat sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi oleh keluarga.

3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Pada saat anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan maka keluarga harus segera memberikan perawatan atau melakukan tindakan untuk mengatasi gangguan atau masalah kesehatan yang terjadi agar tidak terjadi dampak lebih lanjut dari masalah yang terjadi. Jika masalah kesehatan yang terjadi masih dalam tahap ringan, keluarga dapat memberikan tindakan pertolongan pertama di rumah, dan jika keluarga merasa tidak mampu mengatasi masalah di rumah maka perawatan dapat dilakukan di tempat pelayanan Kesehatan.

4) Menciptakan lingkungan rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat tinggal anggota keluarga, harus dapat menunjang kesehatan keluarga dengan keadaan yang bersih, pencahayaan sinar matahari dan udara yang cukup baik, tenang dan nyaman terbebas dari faktor-faktor yang dapat menimbulkan penyakit baik fisik maupun psikologis.

5) Memanfaatkan pelayanan Kesehatan

Ketika anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, keluarga dapat berkonsultasi dan meminta pertolongan dengan tenaga Kesehatan serta dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada disekitarnya sehingga keluarga dapat mengatasi masalah kesehatan yang terjadi.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1994, BKKN (1992) menambahkan beberapa fungsi keluarga, disesuaikan dengan kondisi dan situasi yang dihadapi masyarakat Indonesia, yaitu fungsi pendidikan, fungsi budaya, fungsi agama, fungsi cinta kasih, fungsi perlindungan, dan fungsi pelestarian lingkungan.

1) Fungsi Pendidikan

Keluarga memiliki kewajiban mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Maka sejak dini, anak sudah harus dikenalkan dengan berbagai pendidik positif demi membentuk perilaku dan

karakter. Dalam hal ini, pendidikan keluarga harus didukung dengan memberikan pengalaman. 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 baik atau 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 orangtua 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, dan keluarga bisa hidup nyaman, baik di dalam maupun di luar rumah, baik fisik maupun psikis.

6) Fungsi pelestarian lingkungan

Fungsi keluarga dalam melestarikan lingkungan adalah membangun kesadaran, sikap dan perilaku anggota keluarga untuk menjaga

kelestarian lingkungan dan menciptakan lingkungan yang aman, nyaman dan dapat menunjang kesehatan.

5. Perkembangan Keluarga

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

Dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas maka perawat perlu melakukan pengkajian secara lengkap dan komprehensif, pengkajian yang dilakukan juga harus memperhatikan setiap tingkat perkembangan keluarga berikut tugas-tugas perkembangannya.

Tiap tahap perkembangan membutuhkan tugas atau fungsi keluarga agar dapat melalui tahap tersebut dengan sukses. Setiap individu mempunyai tugas-tugas perkembangan yang harus mereka capai agar mereka merasa puas selama tahap perkembangan dan agar mereka mampu beralih ke tahap berikutnya dengan berhasil. Setiap tahap perkembangan keluarga mempunyai tugas-tugas perkembangan yang spesifik. Tahap-tahap perkembangan keluarga :

a. Pasangan Baru (Begining Family)

Tahap perkembangan keluarga dengan pasangan yang baru menikah. Dua orang yang membentuk keluarga perlu mempersiapkan kehidupan keluarga yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya,. Tugas perkembangan pada pasangan baru :

- 1) Menciptakan sebuah perkawinan yang saling memuaskan.
- 2) Pada saat dua orang diikat dalam ikatan pernikahan, perhatian awal mereka adalah menyiapkan suatu kehidupan bersama yang baru. Sumber-sumber dari dua orang digabungkan, peran-peran mereka berubah. Pasangan harus saling menyesuaikan diri terhadap banyak hal kecil yang bersifat rutinitas.
- 3) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, membina hubungan dengan keluarga pasangan, mertua, saudara ipar, dan lain-lain. Perubahan peran dasar terjadi dalam perkawinan pertama dari

sebuah pasangan yaitu menjadi anggota keluarga dari keluarga asal masing-masing, pada saat yang sama keluarga mereka sendiri baru saja terbentuk.

- 4) Mendiskusikan rencana memiliki anak (menjadi orang tua)
- 5) Keinginan untuk memiliki anak dan penentuan waktu untuk hamil merupakan suatu keputusan keluarga yang sangat penting. Littlefield (1977) dalam Friedman (2003) menekankan pentingnya pertimbangan semua rencana kehamilan keluarga.
- 6) Masalah yang dapat terjadi pada tahap Ini :
- 7) Penyesuaian seksual dan peran perkawinan, penyuluhan dan konseling keluarga berencana, penyuluhan dan konseling prenatal dan komunikasi. Kurangnya informasi seringkali mengakibatkan masalah-masalah seksual dan emosional, ketakutan, rasa bersalah, kehamilan yang tidak direncanakan, dan penyakit-penyakit kehamilan sebelum ataupun sesudah perkawinan. Kejadian-kejadian yang kurang menyenangkan ini menghambat pasangan tersebut dalam merencanakan kehidupan mereka.

b. Tahap II: Keluarga "*Child-Bearing*" (Kelahiran Anak Pertama)

Tahap kedua dimulai dengan kelahiran anak pertama berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan. Kedatangan bayi dalam rumah tangga menciptakan perubahan-perubahan bagi anggota keluarga.

Masalah yang Terjadi pada Tahap Ini : Suami merasa diabaikan oleh sang istri. Kelahiran bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Pada tahap ini, ditandai oleh kelahiran bayi, pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Masalah kedua adalah sering terjadi peningkatan perselisihan dan argumen antara suami dan istri serta terjadinya interupsi dalam jadwal yang kontinyu (begitu lelah sepanjang waktu). Peran utama perawat keluarga adalah mengkaji peran orang tua; bagaimana orang tua berinteraksi dan merawat bayi serta bagaimana bayi merespons. Perawat perlu memfasilitasi hubungan orang tua dan bayi yang positif dan hangat sehingga jalinan kasih sayang antara bayi dan orang tua dapat tercapai.

c. Tahap III: Keluarga dengan Anak Prasekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir Saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini, keluarga tumbuh

dengan baik dalam jumlah serta kompleksitas fungsi dan permasalahannya.

Penambahan jumlah anggota keluarga dapat memicu timbulnya perubahan peran, ketegangan peran, serta konflik peran antara suami dan istri akibat bertambahnya peran, tugas, atau karena ketidaktahuan dalam menjalankan tugas sehingga dapat mengancam stabilitas perkawinan, (Friedman, 2010). Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat bergantung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa sehingga kebutuhan anak, suami istri dan pekerjaan (purna waktu/paruh waktu) dapat terpenuhi. Orang tua merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan hubungan kerja sama antara suami dan istri.

Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak, khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai. Masalah yang Mungkin Terjadi pada Tahap Ini adalah:

- 1) Kecelakaan pada anak yang terjadi di dalam rumah, seperti jatuh, luka bakar, keracunan, tenggelam, dan lain lain.
- 2) Frustrasi atau konflik peran orang tua sehingga timbul sikap proteksi dan disiplin yang berlebihan dapat menghambat kreativitas anak.
- 3) Frustrasi terhadap perilaku anak atau permasalahan lain dalam keluarga yang memicu tindakan kekerasan pada anak (child abuse).
- 4) Terjadinya kegagalan peran sehingga menyebabkan orang tua menolak berpartisipasi dalam peran pengasuhan anak sehingga terjadi penelantaran terhadap anak.
- 5) Masalah kesulitan makan pada anak.
- 6) Masalah kecemburuan dan persaingan antar anak.

d. Tahap IV: Keluarga dengan Anak Sekolah

Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia enam tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini, umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Menurut Erikson (1950), orang tua berjuang dengan tuntutan ganda, yaitu berupaya mencari kepuasan dalam

mengasuh generasi berikutnya (tugas perkembangan generativitas) dan memperhatikan perkembangan mereka sendiri; sementara anak-anak usia sekolah bekerja untuk mengembangkan sense of industry, kapasitas untuk menikmati pekerjaan dan mencoba mengurangi atau menangkis perasaan rendah diri.

Oleh karena itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini, orang tua perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan kepada anak untuk bersosialisasi, baik aktivitas di sekolah maupun di luar sekolah.

Masalah yang Terjadi pada Tahap Ini : 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. standar komunitas bagi anak. Hal ini cenderung memengaruhi keluarga-keluarga kelas menengah untuk lebih menekankan nilai-nilai tradisional pencapaian dan produktivitas. Kecacatan pada anak akan ketahuan selama periode anak ini. Para perawat sekolah dan guru akan mendeteksi banyak efek, seperti penglihatan, pendengaran, wicara, selain kesulitan belajar, gangguan tingkah laku dan perawatan gigi yang tidak adekuat, penganiayaan anak, penyalahgunaan zat, dan penyakit-penyakit menular.

Selain itu, risiko gangguan kesehatan pada anak akibat pencemaran lingkungan dari pelbagai proses kegiatan pembangunan makin meningkat, misalnya makin meluasnya gangguan akibat paparan asap, emisi gas buang sarana transportasi, kebisingan, limbah industri dan rumah tangga, serta gangguan kesehatan akibat bencana. Selain lingkungan, masalah yang harus diperhatikan adalah membentuk perilaku sehat pada anak sekolah. Secara epidemiologis, penyebaran penyakit berbasis lingkungan di kalangan anak sekolah di Indonesia masih tinggi. Kasus infeksi seperti demam berdarah dengue, diare, cacingan, infeksi saluran pernapasan akut, serta reaksi simpang terhadap makanan akibat buruknya sanitasi dan keamanan pangan.

Peran perawat selain sebagai konselor, pendidik dalam bidang kesehatan, selain untuk memulai rujukan untuk skrining lanjutan, juga bertindak sebagai narasumber bagi guru sekolah. Hal ini memungkinkan para guru mampu menangani kebutuhan-kebutuhan kesehatan individu atau yang telah lazim dari siswa-siswa secara lebih efektif. Ada banyak

keadaan cacat yang terdeteksi selama tahun-tahun sekolah, termasuk epilepsi, serebral palsy, retardasi mental, kanker, dan kondisi ortopedik. Fungsi utama perawat kesehatan selain sebagai sumber rujukan, juga mengajar dan memberikan konseling kepada orang tua mengenai kondisi tersebut akan membantu keluarga melakukan coping sehingga pengaruh yang merugikan dari cacat itu dapat diminimalkan.

e. Tahap V: Keluarga dengan Anak Remaja

Periode remaja dianggap penting karena terjadi perubahan fisik yang diikuti dengan perkembangan mental yang cepat. Tak jarang, perkembangan mental pada remaja yang merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa menimbulkan dampak negatif pada mental anak remaja sehingga diperlukan penyesuaian mental dan pembentukan sikap, nilai, dan minat baru. Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir dengan 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya.

Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab pada tahap-tahap sebelumnya. Pada tahap ini, ini merupakan tahapan yang paling sulit karena orang tua melepas otoritanya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab (mempunyai otoritas terhadap dirinya sendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya).

Seringkali muncul konflik antara orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya sementara orang tua mempunyai hak untuk mengontrol aktivitas anak. Dalam hal ini, orang tua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan, dan permusuhan sehingga hubungan orang tua dan remaja tetap harmonis.

f. Tahap VI: Keluarga dengan Anak Dewasa (Pelepasan)

Tahap ini dimulai pada saat terakhir kali meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir kali meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan melepas anak untuk hidup sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri.

Pada saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri seperti fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa "kosong" karena anak-anak sudah tidak tinggal serumah lagi. Untuk mengatasi keadaan ini, orang tua perlu melakukan aktivitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan, dan tetap memelihara hubungan dengan baik.

g. Tahap VII: Keluarga Usia Pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat seorang anak terakhir kali meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia, perpisahan dengan anak, dan perasaan gagal sebagai orang tua. Setelah semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan suami istri fokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas: pola hidup yang sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup dan pekerjaan, dan sebagainya. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga ananya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi (anak dan cucu) sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin dieratkan dengan memperhatikan kebergantungan dan kemandirian masing-masing pasangan.

h. Tahap VIII : Keluarga Usia Lanjut

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

Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Usia lanjut umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya. Menurut riset Day and Day (1993), wanita yang tinggal

dengan pasangannya memperlihatkan adaptasi yang lebih positif dalam memasuki masa tuanya dibandingkan dengan wanita yang tinggal dengan teman-teman sebayanya. Orang tua juga perlu melakukan "life review" dengan mengenang pengalaman hidup dan keberhasilan di masa lalu. Hal ini berguna agar orang tua merasakan, bahwa hidupnya berkualitas dan berarti.

B. Konsep Keluarga Sejahtera

Pemahaman tentang konsep keluarga sejahtera merupakan hal yang sangat penting dan mendasar sebagai bekal untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga. Pemahaman konsep keluarga sejahtera memberikan arah untuk mengenal kondisi keluarga dalam berbagai indikator. Penguasaan dasar konsep keluarga sejahtera diperlukan untuk mengetahui secara normal kondisi keluarga yang harus dicapai dan menjadi dasar untuk membandingkan secara nyata pada pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan kepada keluarga klien sehingga perawat dapat menentukan status pada keluarga yang ditemui pada saat melakukan asuhan keperawatan.

Beberapa istilah yang erat kaitannya dengan pembahasan ini diantaranya adalah :

Keluarga Sejahtera

Keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah; mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak; bertakwa kepada Tuhan YME; memiliki hubungan yang sama, selaras, dan seimbang antar anggota keluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

Keluarga Berencana

Upaya mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Keluarga Berkualitas

Keluarga berkualitas adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah dan bercirikan sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Ketahanan dan kesejahteraan Keluarga

Ketahanan dan kesejahteraan keluarga adalah kondisi keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik materil guna

hidup mandiri serta mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan kebahagiaan lahir dan batin.

1. Keluarga Sejahtera Menurut BKKBN

a. Pengertian Keluarga Sejahtera

Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 menyebutkan, bahwa Keluarga Sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, selaras, dan seimbang antar anggota, serta antara keluarga, masyarakat, dan lingkungannya.

Suprajitno (2004) mendefinisikan keluarga sejahtera adalah keluarga yang dilihat berdasarkan kemampuan keluarga untuk memenuhi Kebutuhan dasar, kebutuhan psikososial, kemampuan memenuhi ekonomi dan aktualisasi keluarga di masyarakat, serta memperhatikan perkembangan negaranya.

Menurut Miles dan Irvings di dalam penelitian Seonarnatalina tahun 2007, yang dimaksud dengan keluarga sejahtera adalah keluarga yang dapat melaksanakan fungsi keluarga dengan terpadu dan serasi. Beberapa fungsi keluarga adalah fungsi keagamaan, kebudayaan, cinta kasih, perlindungan, reproduksi, sosialisasi dan pendidikan, ekonomi, serta pemeliharaan lingkungan. Apabila fungsi keluarga dijalankan secara baik oleh keluarga, maka kesejahteraan keluarga akan terjamin. Dari beberapa definisi tersebut maka dapat disimpulkan, bahwa 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.

b. Indikator Keluarga Sejahtera Menurut BKKBN

Untuk melihat sebuah keluarga sejahtera atau tidak tentu saja membutuhkan suatu indikator. Indikator adalah statistik dari hal normatif yang menjadi perhatian kita yang dapat membantu kita dalam membuat penilaian ringkas, komprehensif, dan berimbang pada kondisi-kondisi atau aspek-aspek penting dari suatu masyarakat, (Depkes, 2003). Sedangkan menurut Green, indikator adalah variabel-variabel yang mengindikasikan atau memberi petunjuk kepada kita tentang suatu keadaan tertentu sehingga dapat digunakan untuk mengukur perubahan.

Dari definisi tersebut jelas, bahwa indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

Pada dasarnya, indikator keluarga sejahtera berangkat dari pokok pikiran yang terkandung di dalam Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 disertai asumsi, bahwa kesejahteraan merupakan variabel komposit yang terdiri dari berbagai indikator yang spesifik dan operasional. Data kemiskinan dilakukan lewat pentahapan keluarga sejahtera yang dibagi menjadi lima tahap, yaitu: Keluarga Pra Sejahtera (sangat miskin), Keluarga Sejahtera I (miskin), Keluarga Sejahtera II, Keluarga Sejahtera III, dan Keluarga Sejahtera III Plus. Untuk lebih jelasnya, indikator dan kriteria keluarga sejahtera yang ditetapkan oleh BKKBN adalah sebagai berikut:

1) Keluarga Pra Sejahtera.

Keluarga Pra Sejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal (basic needs) seperti kebutuhan akan pendidikan, agama, pangan, papan, sandang, dan kesehatan. Atau, keluarga yang belum dapat memenuhi salah satu indikator atau lebih Keluarga Sejahtera Tahap I.

2) Keluarga Sejahtera Tahap I

Keluarga Sejahtera Tahap I adalah keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan sosial psikologisnya, yaitu kebutuhan pendidikan, Keluarga Berencana (KB), interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal, dan transportasi.

Indikator Keluarga Sejahtera Tahap I:

- a) Anggota keluarga melaksanakan ibadah menurut agama masing-masing yang dianut.
- b) Pada umumnya, seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
- c) Seluruh anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja, sekolah, dan bepergian.
- d) Bagian yang terluas dari lantai rumah bukan dari tanah.
- e) Bila anak sakit atau pasangan usia subur ingin ber-KB dibawa ke sarana/petugas kesehatan.

3) Keluarga Sejahtera Tahap II

Keluarga Sejahtera Tahap II, yaitu keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal serta telah memenuhi kebutuhan pengembangan, yaitu kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi. Keluarga yang di samping telah dapat memenuhi kriteria Keluarga Sejahtera I, harus pula memenuhi syarat sosial psikologis 6-14, yaitu:

- a) Anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur.
- b) Paling kurang, sekali seminggu keluarga menyediakan daging/ikan/telur sebagai lauk-pauk.
- c) Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru per tahun.
- d) Luas lantai rumah paling kurang 8 m² tiap penghuni rumah.
- e) Seluruh anggota keluarga dalam tiga bulan terakhir dalam keadaan sehat.
- f) Paling kurang satu orang anggota keluarga yang berumur 15 tahun ke atas mempunyai penghasilan tetap.
- g) Seluruh anggota keluarga yang berumur 10-60 tahun bisa membaca tulisan latin.
- h) Seluruh anak berusia 5-15 tahun bersekolah pada saat ini.
- i) Bila anak hidup dua atau lebih, keluarga yang masih pasangan usia subur memakai kontrasepsi (kecuali sedang hamil)

4) Keluarga Sejahtera Tahap III

Keluarga Sejahtera Tahap III, yaitu 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 keangan untuk sosrus lembaga keasyarakaterperan serta secara aktif dengan menjali pengurus lembaga kemasyarakatan atau yayasan sosial, keagamaan, kesenian, olahraga, pendidikan, dan sebagainya. Bisa disimpulkan, bahwa keluarga ini adalah keluarga yang memenuhi syarat 1-14 dan dapat pula memenuhi syarat 15-21, syarat pengembangan keluarga, yaitu:

- a) Mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama;

- b) Sebagian dari penghasilan keluarga dapat disisihkan untuk tabungan keluarga;
 - c) Biasanya makan bersama paling kurang sekali dalam sehari dan kesempatan itu dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga;
 - d) Ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya;
 - e) Mengadakan rekreasi bersama di luar rumah paling kurang 1 kali/6 bulan;
 - f) Dapat memperoleh berita dari surat kabar/TV/majalah.
 - g) Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi yang sesuai dengan kondisi daerah setempat.
- 5) Keluarga Sejahtera Tahap III Plus
- Keluarga Sejahtera Tahap 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. Atau, keluarga yang dapat memenuhi kriteria 1-21 dan dapat pula memenuhi kriteria 22 dan 23 kriteria pengembangan keluarganya, yaitu:
- a) Secara teratur atau pada waktu tertentu dengan sukarela memberikan sumbangan bagi kegiatan sosial masyarakat dalam bentuk materil.
 - b) Kepala keluarga atau anggota keluarga aktif sebagai pengurus perkumpulan/ yayasan/institusi masyarakat.

C. Konsep Keperawatan Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat dan menjadi sasaran tingkat dasar dalam pemberian pelayanan kesehatan melalui pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian dan kesehatan khususnya keluarga guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Oleh karena itu sangat penting seorang perawat untuk memahami konsep keperawatan keluarga yang menjadi dasar dalam melakukan asuhan keperawatan kepada keluarga untuk mencapai tujuan tersebut.

1. Definisi Keperawatan Keluarga

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan yang profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan. Bentuk dari pelayanan ini mencakup wilayah biologi, psikologi, sosial, dan spiritual secara komprehensif. Objek yang menjadi tujuan keperawatan adalah individu, keluarga, dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup siklus hidup manusia.

Bailon dan Aracele (1978) mengemukakan bahwa perawatan kesehatan keluarga merupakan tingkat perawatan kesehatan masyarakat, akan tetapi mengambil fokus pada keluarga. Dalam pengertian ini, keluarga dianggap sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan tujuan agar seluruh anggota keluarga sehat. Lebih lanjut keduanya menyimpulkan bahwa dalam perawatan kesehatan, ada tiga tingkatan asuhan keperawatan. Pertama, tingkat individu, perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu dalam suatu kasus penyakit, misalnya pasien diabetes, tuberkulosis, ibu hamil, dan lain sebagainya.

Tingkat kedua adalah keluarga. Perhatian utamanya adalah masalah keluarga, misalnya keluarga ibu hamil, keluarga dengan anak retardasi, dan lain sebagainya. Sementara pada tingkat tiga, asuhan keperawatan difokuskan kepada individu atau keluarga tetapi dalam konteks yang lebih luas, yaitu sebagai bagian penyakit tingkat masyarakat pada kondisi endemik mal endemik kolera, dan lain sebagainya. Penangg

2. Prinsip-Prinsip Perawatan Keluarga

Menurut Setiadi (2008), setidaknya ada sembilan prinsip yang sangat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Prinsip-prinsip tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Fokus dari pelayanan kesehatan adalah keluarga yang disebut sebagai unit atau satu kesatuan.
- b. Objek dan tujuan utama dari asuhan keperawatan kesehatan adalah keluarga.
- c. Asuhan keperawatan dibutuhkan dan diberikan kepada pasien dalam rangka untuk mencapai peningkatan kesehatan keluarga.
- d. Keluarga dilibatkan secara aktif oleh perawat. Dengan demikian, peran keluarga akan sangat terasa dan bisa membantu pasien dari sisi psikologis. Perawat diharapkan melibatkan keluarga sejak dari awal merumuskan masalah hingga tindakan-tindakan yang perlu diambil.

- e. Kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan preventif lebih diutamakan, akan tetapi tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
- f. Keluarga diharapkan mengarahkan kemampuan sumber daya keluarga secara maksimal demi kesehatan anggota keluarga.
- g. Pemecahan masalah adalah salah satu pendekatan yang bisa digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga.
- h. Penyuluhan adalah kegiatan utama dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga. Setelah itu, dilakukan asuhan keperawatan kesehatan dasar atau perawatan di rumah.
- i. Jika ada beberapa keluarga yang sedang membutuhkan perawatan kesehatan keluarga, maka pilihannya adalah keluarga yang termasuk risiko tinggi.

3. Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga merupakan suatu cara membantu interaksi dengan klien yang akan berguna bagi perawat mengumpulkan informasi, mengadvokasi pasien, menginterve pasien, dan melakukan perawatan. Dandaran ke pasawat keluarga akan menyatakan kondisi peramberikan saran proses perawatan, dan melaporkan progres perawatan. keluarga.

Pelayanan keperawatan keluarga mencakup Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang diberikan kepada klien sepanjang rentang kehidupan dan sesuai tahap perkembangan keluarga. Berbagai bentuk upaya pelayanan kesehatan baik upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, maupun resosialitatif.

a. Upaya Promotif

Upaya promotive dilakukan untuk meningkatkan kesehatan keluarga dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatangizi, pemeliharaan kesehatan baik individu maupun semua anggota keluarga, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga teratur, rekreasi pendidikan seks. dan

b. Upaya Preventif

Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap keluarga melalui kegiatan imunisasi, pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas dan kunjungan rumah,

pemberian vitamin A, iodium, ataupun pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui.

c. Upaya Kuratif

Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit di rumah, perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut dari Puskesmas atau rumah sakit, perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis, perawatan buah dada, ataupun perawatan talipusat bayi baru lahir

d. Upaya Rehabilitatif

Upaya rehabilitatif atau pemulihan terhadap pasien yang dirawat di rumah atau keluarga-keluarga yang menderita penyakit tertentu seperti TBC, kusta dan cacat fisik lainnya melalui kegiatan latihan fisik pada penderita kusta, patch tulang dan lain sebagainya, kegiatan fisioterapi pada penderita stroke, batuk efektif pada penderita TBC, dll.

e. Upaya Resosialisatif

Upaya Resosiatif adalah upaya untuk mengembalikan penderita (anggota keluarga) ke masyarakat yang karena penyakitnya dikucilkan oleh masyarakat seperti, penderita AIDS, kusta dan wanita tuna susila.

Sebagaimana di bahas sebelumnya bahwa kesehatan keluarga sangat kompleks dan luas. Oleh sebab itu dibutuhkan pembatasan terhadap lingkup keperawatan keluarga agar tidak terjadi over laping penanganan kesehatan. Wright dan Leahey (2009) dan White (2002) menggambarkan ruang lingkup keperawatan keluarga sebagai berikut:

- a. Segala penyakit yang memiliki dampak mengganggu anggota keluarga. Hal ini biasanya terjadi pada penyakit kronis, kan fokus anggota keluarga pasti mengarah pada satu anggota keluarga yang sakit tersebut.
- b. Situasi di mana anggota keluarga mungkin berkontribusi pada gejala atau masalah individu. Contohnya seperti anoreksia
- c. Keadaan di mana penyakit pada satu anggota keluarga berhubungan dengan pengurangan atau peningkatan gejala pada anggota keluarga lain. Contohnya adalah ketegangan
- d. Gejala pada orangtua dihubungkan dengan penyakit kronis yang dapat menurun pada anaknya.
- e. Kegagalan untuk melakukan transisi perkembangan yang normal. Misalnya usia sudah cukup dewasa tetapi pola pikirnya masih kekanak-

kanakan. Artinya, di usia dewasa muda kemampuan belajar masih tertinggal.

- f. Mengatur transisi terkait penyakit atau tempat perawatan Misalnya, kepindahan dari dala rumah sakit ke rumah sakit lainnya dengan perawatan dalam jangka panjang.
- g. Mengurus bagian tertentu, jika anggota keluarga ada yang meninggal.

4. Sasaran Keperawatan Keluarga

Sasaran pelayanan keperawatan keluarga meliputi :

- a. Keluarga sehat, memerlukan antisipasi terkait dengan siklus perkembangan manusia dan tahapan tumbang, fokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.
- b. Keluarga yang belum terjangkau pelayanan kesehatan, yaitu keluarga dengan : ibu hamil yang belum ANC, ibu nifas yang persalinannya ditolong oleh dukun dan neonatusnya, balita tertentu, penyakit kronis menular yang tidak bisadiintervensi oleh program, penyakit endemis, penyakit kronis tidak menular atau keluarga dengan kecacatan tertentu (mental atau fisik).
- c. Keluarga dengan resiko tinggi, yaitu keluarga dengan ibu hamil yang memiliki masalah gizi, seperti anemia gizi berat (HB kurang dari 8 gr%) ataupun Kurang Energi Kronis (KEK), keluarga dengan ibu hamil resiko tinggi seperti perdarahan, infeksi, hipertensi, keluarga dengan balita dengan BGM, keluarga denganneonates BBLR, keluarga dengan usia lanjut jompo atau keluarga dengan kasuspercobaan bunuh diri.
- d. Keluarga dengan tindak lanjut perawatan

5. Faktor yang Mempengaruhi Keperawatan Keluarga

Perkembangan sosial turut memengaruhi keperawatan kesehatan keluarga. Ketika gaya hidup dan perilaku individu dalam keluarga berkembang, di saat itu pula perawatan kesehatan keluarga mengalami perkembangan. Mencermati perkembangan belakangan ini, Zaidin Ali (2010) merumuskan beberapa perkembangan perawatan keluarga sebagai berikut:

- a. Masyarakat mulai menyadari tentang perlunya peningkatan kesehatan dan perawatan kesehatan secara menyeluruh kepada setiap anggota keluarga.
- b. Hal ini secara tidak langsung juga memberikan pengakuan kepada keperawatan.

- c. Peningkatan populasi lanjut usia dan berkembangnya berbagai penyakit kronis menambah kesadaran masyarakat akan arti penting perawatan keluarga.
- d. Penelitian tentang keperawatan keluarga juga berbanding lurus dengan perkembangan tersebut. Perkembangan riset dalam bidang ini menunjukkan peningkatan yang pesat.
- e. Dengan penelitian tersebut, maka tampak bahwa sebenarnya banyak keluarga yang bermasalah dalam masyarakat kita.
- f. Keperawatan keluarga menjadi kebutuhan umum sehingga banyak kajian yang tersebar luas. Kajian tersebut berkisar pada pembahasan teori umum tentang keluarga, teori kedekatan, dan teori sistem umum.
- g. Terapi keluarga dan perkawinan beralih dari terapi pertumbuhan ke klinik layanan anak, perkawinan, dan keluarga.

6. Tujuan Perawatan Kesehatan Keluarga

Tujuan keperawatan keluarga menurut Hanson (2002) adalah untuk mempromosikan, memulihkan kesehatan keluarga. Selain itu, juga diwajibkan untuk memperhatikan teraksi keluarga dan hubungannya dengan keluarga lain serta secara rinci, tujuan keperawatan keluarga terbagi dalam umum dan khusus. mempertahankan keperawatan

a. Tujuan Umum

Keperawatan keluarga bertujuan untuk pua keluarga dalam menjaga dan melestarikan keluarga. Hal ini akan berguna untuk menunjukkan bag tingkat kualitas kesehatan keluarga. Meningkatkan.

b. Tujuan Khusus

Selain tujuan di depan, ada lagi tujuan yang bersifat dan tertutup. Beberapa tujuan tersebut adalah berikut.

- 1) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga
- 2) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan dasar dalam keluarga
- 3) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengemukakan keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga.
- 4) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga sakit dan dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga.
- 5) Meningkatkan produktivitas keluarga untuk mencapai mutu hidupnya.

7. Fungsi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga membantu sebuah keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Perawat keluarga akan melakukan beberapa hal terkait fungsinya, yaitu:

- a. Pengamatan terhadap si sakit.
- b. Tindakan perawatan.
- c. Tindakan pengobatan.
- d. Pencatatan.
- e. Penyuluhan kesehatan.

Dengan menjalankan lima fungsi tersebut diharapkan keluarga mampu meningkatkan kesanggupannya untuk melakukan fungsi dan tugas tentang perawatan kesehatan keluarga.

8. Peran Perawat Keluarga

Perawatan keluarga dianggap penting karena perawat keluarga memiliki peran yang cukup penting. Selain fungsinya di depan, perawat keluarga memiliki peran sebagai berikut.

a. Pendidik

Peran utama perawat keluarga adalah menyalurkan informasi berkenaan dengan kasus tertentu dan kesehatan keluarga pada umumnya, jika diperlukan. Untuk itu, perawat juga melakukan aktivitas pembelajaran dalam keluarga. Hal ini dilakukan agar:

- 1) Keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan keluarga secara mandiri; dan
- 2) Bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga.

b. Koordinator

Karena umumnya anggota keluarga bukanlah tenaga kesehatan, perawat kesehatan keluarga dapat bertindak menjadi koordinator dalam melakukan perawatan terhadap pasien. Koordinasi diperlukan untuk mengatur program kegiatan atau terapi agar tidak terjadi tumpang tindih dan pengulangan, serta memudahkan jalannya perawatan

c. Pelaksana

Perawatan secara langsung wajib diberikan oleh perawat kepada pasiennya, baik ketika berada di rumah, klinik maupun rumah sakit. Hal ini sudah menjadi tanggung jawab perawat. Perawat dapat mendemonstrasikan kepada keluarga asuhan keperawatan yang

diberikan dengan harapan anggota keluarga yang sehat dapat melakukan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit.

d. Pengawas Kesehatan

Perawat kesehatan wajib melakukan home visite atau kunjungan ke rumah secara teratur sebagai cara untuk mengontrol pasien. Jika ada kekurangan atau hal-hal yang dirasa perlu, maka perawat wajib menginformasikannya. Selain itu, perawat juga wajib untuk melakukan pengidentifikasian atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga. Sementara bagi pihak keluarga, berhak untuk menerima segala informasi terkait anggota keluarga yang sakit.

e. Konsultan

Jika ada pertanyaan dari keluarga pasien, maka perawat harus bersedia menjadi narasumber atas segala pertanyaan tersebut. Begitu pula jika keluarga meminta saran dan nasihat. Oleh sebab itu, hubungan antara perawat dan keluarga pasien perlu dijalin dengan baik. Perawat harus mampu bersikap terbuka dan dapat dipercaya. Jika diperlukan, berikan nomor pribadi yang bisa diakses oleh keluarga pasien.

f. Kolaborasi

Selain berkoordinasi dan berkolaborasi dengan keluarga pasien, perawat harus pula memiliki komunitas atau berjejaring dengan perawat lain atau pelayanan rumah sakit. Hal ini dibutuhkan untuk mengantisipasi berbagai kejadian yang tidak diharapkan. Jika membutuhkan suatu hal yang mendadak, bisa segera meminta pertolongan pada pusat layanan terdekat.

g. Fasilitator

Perawat wajib mengetahui sistem layanan kesehatan seperti sistem rujukan, biaya kesehatan, dan fasilitas kesehatan lainnya. Pengetahuan ini sangat dibutuhkan agar perawat dapat menjadi fasilitator yang baik. Selain itu, akan sangat bermanfaat jika keluarga mengalami berbagai kendala. Misalnya pasien membutuhkan rujukan, atau pendanaan di keluarga sangat terbatas. Maka perawat dapat memberikan solusi yang tepat.

h. Peneliti.

Yang dimaksud dengan peneliti di sini adalah bahwa perawat harus pula dapat berperan sebagai pengidentifikasi atas kasus yang ada pada keluarga. Karena setiap keluarga memiliki karakter berbeda, maka

terkadang penanganan dan dampak penyakit tersebut berbeda. Oleh sebab itu, perawat bertindak pula sebagai peneliti yang kemudian bisa menjadi temuan-temuan baru untuk kesehatan masyarakat. Hal ini perlu dilakukan secara dini agar penyakit yang menjangkiti pasien tidak menjadi wabah.

i. **Modifikasi Lingkungan**

Selain mengedukasi keluarga dengan informasi kesehatan, perawat harus pula dapat memodifikasi lingkungan. Perawat bisa menyampaikan kepada keluarga dan masyarakat sekitar jika ada beberapa bagian di lingkungan tersebut yang menjadi penyebab datangnya penyakit. Modifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat, berguna untuk menciptakan lingkungan yang sehat

D. *Trend dan Issue Keperawatan Keluarga*

1. Latar Belakang

Keperawatan merupakan profesi yang dinamis dan berkembang secara terus menerus dan terlibat dalam masyarakat yang berubah, sehingga pemenuhan dan metode keprawatan kesehatan berubah, karena gaya hidup masyarakat berubah dan perawat sendiri juga dapat menyesuaikan dengan perubahan tersebut. Definisi dan filosofi terkini dari keperawatan memperlihatkan trend holistic dalam keperawatan yang ditunjukkan secara keseluruhan dalam berbagai dimensi, baik dimensi sehat maupun sakit serta dalam interaksinya dengan keluarga dan komunitas.

Trend praktik keperawatan meliputi perkembangan di berbagai tempat praktik dimana perawat memiliki kemandirian yang lebih besar. Perkembangan Keperawatan di Indonesia saat ini sangat pesat, hal ini disebabkan oleh :

- a. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sangat cepat sehingga informasi dengan cepat dapat diakses oleh semua orang sehingga informasi dengan cepat diketahui oleh Masyarakat
- b. Perkembangan era globalisasi yang menyebabkan keperawatan di Indonesia harus menyesuaikan dengan perkembangan keperawatan di negara yang telah berkembang
- c. Sosial ekonomi masyarakat semakin meningkat sehingga masyarakat menuntut pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, tapi di lain pihak

bagi masyarakat ekonomi lemah mereka ingin pelayanan kesehatan yang murah dan terjangkau.

Sejauh ini, bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang di kenal masyarakat dalam system pelayanan kesehatan adalah pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pada sisi lain, banyak anggota masyarakat yang menderita sakit dan karena berbagai pertimbangan terpaksa di rawat di rumah dan tidak di rawat inap di institusi pelayanan kesehatan, seperti kasus-kasus penyakit terminal, keterbatasan kemampuan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan, manajemen rumah sakit yang berorientasi pada profit, banyak orang merasakan bahwa di rawat inap membatasi kehidupan manusia, lingkungan di rumah yang dirasakan lebih nyaman (Depkes RI, 2002).

2. Definisi

Trend adalah informasi yang terjadi saat ini yang biasanya sedang populer di masyarakat dan kejadiannya berdasarkan fakta, sedangkan *issu* adalah sesuatu yang dibicarakan oleh masyarakat tetapi belum jelas faktanya atau kejadian yang diperkirakan pada masa mendatang. Kejadian di masa mendatang menyangkut ekonomi, moneter, sosial, politik, hukum, pembangunan nasional, bencana alam, hari kiamat, kematian, ataupun tentang krisis. Jadi, *trend* dan *issu* keperawatan keluarga merupakan sesuatu yang *booming*, aktual, dan sedang hangat diperbincangkan serta desas-desus dalam ruang lingkup keperawatan keluarga.

3. Tren dan Isu dalam Keperawatan Keluarga

a. Perubahan Bidang Profesi Keperawatan

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 "hospital-

based” ke “community based”.

- 3) Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan Atau Keperawatan
Era kesejagatan identik dengan era komputerisasi, sehingga perawat diuntut 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
- 5) Dampak Perubahan
 - a) Praktik keperawatan
 - (1) Pengurangan anggaran
Perawat Indonesia saat ini di hadapkan pada suatu dilema, di satu sisi dia harus terus mengupayakan peningkatan kualitas layanan kesehatan, di lain pihak pemerintah memotong alokasi anggaran untuk pelayanan keperawatan. Keadaan ini dipicu dengan menjadikan rumah sakit swadaya dimana juga berdampak terhadap kinerja perawat. Dalam melaksanakan tugasnya perawat sering 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 di tingkatkan terus dan di pertahankan. Kemandirian perawat dalam melaksanakan

perannya sebagai suatu tantangan. Semakin meningkatnya otonomi perawat semakin tingginya tuntutan kemampuan yang harus di persiapkan.

(3) Teknologi

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

(4) Tempat praktik

Tempat praktik keperawatan di masa depan meliputi pada tatanan klinik atau rumah sakit, 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 profesikeperawatan.

b) Tantangan Pendidikan Keperawatan

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

c) 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)

4. Isu Terbaru dalam Keperawatan Keluarga

Menurut Friedman dkk (2013), berdasarkan kajian kami terhadap literatur dan diskusi profesional dengan kolega di bidang keperawatan keluarga, beberapa issue penting dalam keperawatan keluarga saat ini:

a. Isu Praktik:

1) 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 dikeperawatan keluarga. Keperawatan yang berpusat pada keluarga juga masih dinyatakan ideal dibanding praktik yang umum dilakukan. Wright dan Leahey mengatakan bahwa faktor terpenting yang menciptakan kesenjangan ini adalah cara perawat menjabarkan konsep masalah sehat dan sakit. Hal ini merupakan kemampuan “berfikir saling mempengaruhi”: dari tingkat individu menjadi tingkat keluarga (saling mempengaruhi”).

Penulis lain yaitu Bowden dkk menyoroti bahwa kecenderungan teknologi dan ekonomi seperti pengurangan layanan dan staf, keragaman dalam populasi klien yang lebih besar. Sedangkan menurut Hanson 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.

- 2) 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 sehat dan lebih cepat” dan 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 realistis guna mempraktikkan keperawatan keluarga adalah isu utama praktik dewasa ini.

- 3) Peralihan kekuasaan dan kendali dari penyedia pelayanan kesehatan kepada keluarga.

Berdasarkan pembincangan 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, 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 mempengaruhi 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.

- 4) Bagaimana bekerja lebih efektif dengan keluarga yang kebudayaannya beragam.

Kemungkinan, isu ini lebih banyak mendapatkan perhatian dikalangan penyedia pelayanan kesehatan, termasuk perawat, dibandingkan isu lainnya pada saat ini. Kita tinggal di masyarakat yang beragam, yang memiliki 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.

- 5) Globalisasi keperawatan keluarga menyuguhkan kesempatan baru yang menarik bagi perawat keluarga.

Dengan makin 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 diseluruh dunia seperti HIV/AIDS menjadi jauh lebih besar. Akan tetapi sisi positifnya, pembelajaran yang diperoleh perawat Amerika dari perawat diseluruh dunia melalui konferensi internasional, perjalanan, dan membaca literatur kesehatan internasional memberikan pemahaman yang bermanfaat.

Sebagai contoh, di Jepang, pertumbuhan keperawatan keluarga sangat mengesankan. Disana, 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.

b. Isu Pendidikan:

Muatan yang harus diajarkan dalam kurikulum keperawatan keluarga dan 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 pepaduan muatan keperawatan keluarga dan ketrampilan klinis kedalam program keperawatan pascasarjana dan sarjana.

Masih belum jelas muatan apa yang tepat diberikan untuk program sarjana dan pascasarjana dan bagaimana cara mengajarkan ketrampilan 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 ketrampilan yang dibutuhkan untuk bekerja dengan seluruh keluarga dan individu anggota keluarga secara bersamaan.

Perawat keluarga dengan praktik tingkat lanjut dapat bekerja sebagai terapis keluarga pada keluarga yang bermasalah. Akan tetapi, masih belum jelas muatan dan ketrampilan apa yang dibutuhkan dalam keperawatan keluarga untuk para perawat yang dipersiapkan di program praktik tingkat lanjut lainnya (program perawat spesialis klinis dan praktisi). Bahasa lebih lanjut mengenai cakupan dan level muatan dan ketrampilan klinis perlu dilakukan.

c. 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 satupun disiplin yang memiliki keluarga" menurut Gillis dan Knafl dalam Friedman dkk (2013).

Kelangkaan penelitian keperawatan yang nyata terletak dibidang studi intervensi. Menurut Knafl dalam Friedman dkk (2013) kurangnya studi intervensi dalam keperawatan keluarga "mengejutkan." Menurut Janice Bell dalam editor *journal of family nursing*, dalam editorial "Wanted :Family Nursing Intervention," mengeluhkan mengenai kurangnya naskah penelitian intervensi keperawatan yang ia terima untuk dikaji.

Dengan tidak memadainya jumlah studi intervensi, kita mengalami kekurangan bukti ilmiah yang dibutuhkan untuk mendukung evikasi 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).

d. 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 ditingkat 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 lain untuk "membuat suatu perbedaan" kita perlu mendukung keluarga agar mempunyai hak mendapatkan informasi, memahami hak dan pilihan mereka, serta lebih cakap dalam membela kepentingan mereka sendiri.

E. Latihan

1. Keluarga Tn A terdiri dari Tn A sebagai ayah, Ny. A sebagai ibu dan terdapat 2 orang anaknya serta nenek dari pihak ayah.

Apakah tipe keluarga tersebut?

- A. Nuclear family
- B. Extended family
- C. Single parent
- D. Cohabitation
- E. Serial family

2. Keluarga Tn B bertugas untuk membantu sosialisasi anak dengan lingkungan, mempertahankan keintiman pasangan, memenuhi kebutuhan keluarga, membiasakan belajar teratur.
Apakah tahap perkembangan keluarga tersebut?
- A. Keluarga baru
 - B. Keluarga dengan anak pra sekolah
 - C. Keluarga dengan anak usia sekolah
 - D. Keluarga dengan anak remaja
 - E. Keluarga dengan melepas anak ke masyarakat.
3. Ny C mengalami stroke sehingga tidak mampu merawat anak-anaknya, sehingga anak-anaknya harus hidup mandiri dibantu dengan ayahnya.
Apakah fungsi keluarga yang terganggu dengan sakitnya Ny.C?
- A. Fungsi psikologis
 - B. Fungsi biologis
 - C. Fungsi sosial
 - D. Fungsi ekonomi
 - E. Fungsi pendidikan
4. Tn C. Sebagai kepala keluarga merupakan pengambil keputusan di dalam keluarga jika ada masalah dalam keluarganya.
Apakah struktur keluarga Tn C tersebut ?
- A. Patrilokal
 - B. Matrilokal
 - C. Patriakal
 - D. Matriakal
 - E. Patrilineal
5. Tn D. Mengeluh batuk, sesak nafas, keringat dingin dimalam hari dan tidak nafsu makan sejak 2 bulan yang lalu namun Tn D tidak memeriksakan penyakitnya ke tempat pelayanan kesehatan.
Apakah masalah tugas kesehatan keluarga Tn D yang paling utama ?
- A. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatannya
 - B. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
 - C. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- D. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi
 - E. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan
6. Keluarga Tn A berusaha untuk membatasi jumlah anggota keluarga agar mencapai tingkat sejahtera.
Apakah bentuk keluarga yang diupayakan Tn A?
- A. Keluarga sejahtera
 - B. Keluarga Berencana
 - C. Keluarga berkualitas
 - D. Keluarga ketahanan
 - E. Keluarga inti
7. Keluarga Tn B. Berusaha untuk memenuhi kebutuhan materil maupun kebutuhan spiritual dan sosial untuk mencapai keluarga yang diinginkannya.
Apakah bentuk keluarga yang diupayakan Tn B?
- A. Keluarga sejahtera
 - B. Keluarga Berencana
 - C. Keluarga berkualitas
 - D. Keluarga ketahanan
 - E. Keluarga inti
8. Ny C. Belum dapat memenuhi kebutuhan dasar keluarganya dikarenakan Ny C merupakan single parent dan tidak memiliki pekerjaan tetap.
Apakah status keluarga Ny.C?
- A. Keluarga Pra sejahtera
 - B. Keluarga sejahtera I
 - C. Keluarga sejahtera II
 - D. Keluarga sejahtera III
 - E. Keluarga sejahtera IV
9. Keluarga Tn C. Memiliki rumah yang memadai berlantai keramik, makan 2 kali sehari, Rajin melaksanakan ibadah, namun tidak memiliki alat transportasi seperti keluarga lainnya. Anak-anak Tn C tidak mampu untuk melanjutkan sekolah.
Apakah status keluarga Tn C tersebut ?

- A. Keluarga Pra sejahtera
- B. Keluarga sejahtera I
- C. Keluarga sejahtera II
- D. Keluarga sejahtera III
- E. Keluarga sejahtera IV

10. Tn D merasa bersyukur karena mampu memenuhi kebutuhan dasar untuk keluarganya dan bahkan mampu menabung sebagian dari penghasilannya, namun belum mampu secara maksimal untuk memberikan sumbangan sosial.

Apakah masalah tugas kesehatan keluarga Tn D yang paling utama ?

- A. Keluarga Pra sejahtera
- B. Keluarga sejahtera I
- C. Keluarga sejahtera II
- D. Keluarga sejahtera III
- E. Keluarga sejahtera IV

11. Informasi yang terjadi saat ini yang biasanya sedang populer di masyarakat dan kejadiannya berdasarkan fakta disebut ...

- A. Isu
- B. Trend
- C. Studi kasus
- D. Empirisme
- E. Malpraktek

12. Yang melatar belakangi trend dan isu keperawatan keluarga saat ini diantaranya yaitu kecuali ...

- A. Kemajuan abad 21
- B. Memasuki pasar bebas ASEAN
- C. Perkembangan kemajuan masyarakat
- D. Perkembangan IPTEK
- E. Perubahan politik

13. Perkembangan dan Tuntutan pelayanan keperawatan meningkat saat ini karena beberapa factor diantaranya adalah kecuali ...

- A. Perkembangan IPTEK
- B. Perkembangan era Globalisasi
- C. Sosial ekonomi masyarakat meningkat
- D. Kemajuan di masyarakat
- E. Iklim yang tidak menentu

14. Masyarakat menuntut pelayanan yang berkualitas, hal ini disebabkan karena...

- A. Perkembangan IPTEK
- B. Perkembangan era Globalisasi
- C. Sosial ekonomi meningkat
- D. Iklim yang tidak menentu
- E. Pendidikan masyarakat meningkat

15. Bentuk perhatian pemerintah dalam menyikapi trend dan isu keperawatan keluarga yaitu ...

- A. Bantuan bagi keluarga miskin
- B. Adanya standar pelayanan
- C. Asuransi kesehatan tidak diberlakukan
- D. Peningkatan jumlah petugas
- E. Perubahan metode keperawatan

16. Pernyataan yang tidak sesuai dengan prinsip keperawatan keluarga berikut ini adalah ...

- A. Pelayanan keperawatan keluarga mengutamakan Upaya curative
- B. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga harus melibatkan seluruh anggota keluarga
- C. Asuhan keperawatan dilakukan untuk meningkatkan Kesehatan keluarga.
- D. Penyuluhan merupakan kegiatan utama dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.
- E. Asuhan keperawatan keluarga mengutamakan keluarga dengan resiko tinggi.

17. Ruang lingkup pelayanan keperawatan keluarga yang diutamakan yaitu ...

- A. Promtif
- B. Preventif
- C. Curative
- D. Rehabilitatif
- E. Resosiatif

18. Tujuan keperawatan keluarga yaitu kecuali ...

- A. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda dan gejala penyakit
- B. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah yang dialami
- C. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil Keputusan untuk penanganan masalah
- D. Meningkatkan kemampuan keluarga melakukan Tindakan penanganan masalah
- E. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam melakukan dokumentasi keperawatan

19. Seorang perawat sedang melakukan penyuluhan tentang diet hipertensi kepada keluarga Tn A.

Apakah peran perawat tersebut ?

- A. Pendidik
- B. Pelaksana
- C. Coordinator
- D. Konsultan
- E. Kolaborator

20. Seorang perawat sedang melakukan pengkajian sebagai bentuk pemberian asuhan keperawatan kepada keluarga Tn B yang menderita TB. Paru.

Apakah peran perawat tersebut ?

- A. Pendidik
- B. Pelaksana
- C. Coordinator
- D. Konsultan
- E. Kolaborator

KUNCI JAWABAN:

NO	KUNCI JAWABAN	NO	KUNCI JAWABAN
1	B	11	B
2	C	12	E
3	B	13	E
4	C	14	E
5	B	15	A
6	B	16	A
7	A	17	A
8	A	18	E
9	B	19	A
10	D	20	B

F. Rangkuman Materi

Terdapat beberapa definisi keluarga berdasarkan para ahli, ruang lingkup definisi keluarga diantaranya yaitu bahwa keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, berkumpul dalam satu atap, terbentuk karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, memiliki hubungan saling ketergantungan.

Tipe keluarga terdiri dari dua bagian yaitu tipe keluarga tradisional dan non tradisional. Struktur keluarga meliputi pola komunikasi, peran keluarga, struktur peran, dimensi budaya, nilai-nilai dan norma keluarga. Keluarga memiliki fungsi dan peran masing-masing diantaranya fungsi reproduksi, sosialisasi, afektif, ekonomi dan fungsi perawatan. Dalam siklus Kehidupan keluarga terdapat beberapa tahapan dan setiap tahapan memiliki tugas yang sesuai dengan tahapan masing-masing.

Keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah; mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak; bertakwa kepada Tuhan YME; memiliki hubungan yang sama, selaras, dan seimbang antar anggota keluarga dengan masyarakat dan lingkungan. Terdapat beberapa tahap atau tingkatan keluarga sejahtera yaitu ; keluarga pra sejahtera, sejahtera tingkat I, II, III dan IV. Indikator penentuan tahap atau tingkat keluarga sejahtera meliputi ; pemenuhan kebutuhan dasar, spiritual, sosial, psikologis.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan yang profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan. Bentuk dari pelayanan ini mencakup

wilayah biologi, psikologi, sosial, dan spiritual secara komprehensif. Objek yang menjadi tujuan keperawatan adalah individu, keluarga, dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup siklus hidup manusia. terdapat sembilan prinsip yang sangat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Tujuan keperawatan keluarga menurut Hanson 2002) adalah untuk mempromosikan, memulihkan kesehatan keluarga. Ruang lingkup pelayanan Kesehatan keperawatan keluarga meliputi Upaya *promotive, preventif, curative, rehabilitative dan resosiatif*.

Perkembangan ilmu dan teknologi menyebabkan perubahan di masyarakat dan menjadi latar belakang adanya trend dan isu dalam keperawatan keluarga. Perkembangan ilmu dan teknologi dan perubahan di masyarakat menuntut adanya perubahan terhadap pelayanan keperawatan keluarga. Pelayanan kesehatan dan Keperawatan merupakan pelayanan yang dinamis yang harus terus berkembang menyesuaikan kondisi masyarakat.

G. Glosarium

Legitimate power	: Pemegang kekuasaan
Referent power	: Panutan utama
Reward power	: Penghargaan
Coercive power	: Ancaman/hukuman
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Nasional
KB	: Keluarga Berencana
TB Paru	: Tuberculosis Paru
Promotif	: Promsoi
Preventif	: Pencegahan
Curatif	: Pengobatan
Rehabilitatif	: Pemulihan
Resosiatif	: Pemulihan sosial
Tren	: Banyak dibicarakan dan sesuai fakta
Isu	: Banyak dibicarakan dan tdak berdasarkan fakta

Daftar Pustaka

- Bakri Maria H, Asuhan Keperawatan Keluarga. Pustaka Mahardika : Yogyakarta
- Friedman, M. M. (1998). Keperawatan keluarga: Teori dan praktik. Jakarta: EGC.
- Harmoko. 2012. Asuhan Keperawatan Keluarga. Pustaka Pelajar : Semarang.
- Nadirawati. 2018. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga. Refika Aditama : Bandung
- Nur Kholifah, Siti. 2016. Modul Bahan Ajar Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Pusdik SDM Kesehatan : Jakarta.
- Padila (2012). Buku Ajar Keperawatan Keluarga . Yogyakarta : Nuhu Medika

BAB 2

TEORI MODEL KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Teori dan model keperawatan keluarga merupakan kerangka konsep yang memberikan suatu pandangan secara sistematis dan memberikan gambaran secara konsep teori sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Penguasaan dasar teori dan model keperawatan keluarga diperlukan untuk menentukan desain dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga sesuai dengan kondisi keluarga dan lingkungan pendukungnya.

Tujuan Intruksional:

Setelah mengikuti pembelajaran pokok bahasan ini, mahasiswa mampu memahami dan menguasai teori model keperawatan keluarga.

Capaian Pembelajaran:

Setelah mempelajari konsep teori model keperawatan keluarga diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan kembali;

1. Konsep teori dan model keperawatan keluarga,
2. Teori dan model keperawatan keluarga

Uraian Materi

Keperawatan merupakan suatu disiplin ilmu dan konsistensi suatu disiplin ilmu adalah adanya acuan untuk melihat fenomena dalam disiplin ilmu tersebut sehingga dibutuhkan batang tubuh keilmuan yang sering diwujudkan dalam bentuk teori dan model. Keperawatan sebagai suatu disiplin ilmu membutuhkan adanya suatu ilmu pengetahuan yang dibangun berdasarkan teori dan model keperawatan. Keperawatan membutuhkan teori karena teori memberi kontribusi fondasi dasar yang baik terhadap praktik keperawatan dan membuat hubungan yang baik antara praktisi dan ahli riset.

Penerapan teori dan model keperawatan pada level pelayanan keperawatan selama ini diraikan belum maksimal. Keperawatan keluarga sebagai 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 teraplikasikan dengan baik.

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

Praktik keperawatan keluarga menggunakan teori dari tiga disiplin ilmu keahlian khusus. Teori-teori ini berasal dari ilmu keperawatan, ilmu sosial keluarga, dan ilmu terapi keluarga. Teori-teori tersebut berkisar dari teori keluarga abstrak hingga teori yang lebih fokus pada teori tingkat menengah,

demikian juga teori-teori keluarga, telah menggunakan teori-teori besar yang lebih awal, konsep teori perkembangan, interaksi simbolik, konstruktur fungsional, teori pertukaran sosial, dan teori sistem umum. Teori yang dipakai oleh perawat keluarga bergantung pada situasi keluarga, keterampilan dan pengetahuan keluarga, tujuan keluarga, dan posisi perawat dalam keluarga. Teori-teori keperawatan mengalami perubahan dari suatu bidang pekerjaan teknik kedisiplinan ilmu dengan paradigma atau kumpulan teori yang bersaing.

Keperawatan sebagai disiplin ilmu memiliki teori dan model yang dapat diaplikasikan pada suatu praktik keperawatan keluarga. Teori dan model keperawatan yang dapat diterapkan pada praktik keperawatan keluarga antara lain: Model Lingkungan dari Nightingale, Teori King tentang Pencapaian Tujuan, Model Adaptasi Roy, Model Sistem Kesehatan dari Neuman, Model Self-Care dari Orem, Teori Roger tentang Manusia Seutuhnya, dan Model Friedman. Berdasarkan uraian tersebut, maka sangatlah diperlukan dan dikembangkan suatu teori model asuhan keperawatan keluarga di Indonesia dalam mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera guna menunjang pembentukan masyarakat yang sehat menuju Indonesia Sehat 2025.

A. Teori dan Model Keperawatan

Teori adalah kumpulan konsep, definisi, dan usulan yang memproyeksikan sebuah pandangan sistematis atas fenomena dengan merancang hubungan-hubungan khusus di antara konsep-konsep untuk keperluan penggambaran, penjelasan, perkiraan, dan atau mengendalikan fenomena, (Tomey, 2001). Teori keperawatan adalah kumpulan konsep, definisi, hubungan, dan asumsi atau preposisi dari model keperawatan atau dari disiplin lain serta hal lain yang sesuai dengan melihat secara sistematis berbagai fenomena dan desain spesifik yang berhubungan satu dengan yang lain, yang bertujuan memberikan gambaran, penjelasan, serta prediksi fenomena keperawatan. Teori keperawatan adalah struktur konsep yang ada di dalam literatur yang siap untuk dibuat alur pemikiran atau gambaran dari model keperawatan yang ada. Teori keperawatan memberikan rasional untuk mengembangkan hipotesis.

Konsep juga sering dihubungkan sebagai *variable* yang dapat diujicobakan dan hal ini mudah dilakukan bila konsep tersebut dapat didefinisikan secara operasional dan dapat digunakan dalam penelitian. Bilamana dua konsep atau lebih dihubungkan, diamati, maka konsep dapat

diekspresikan sebagai pernyataan. Terdapat tiga jenis definisi dari konsep, yaitu primitif konsep, konkret, dan abstrak. Primitif adalah suatu bentuk konsep yang tidak dapat dioperasionalkan, hanya dapat diinterpretasikan, jadi harus memahami latar belakangnya dahulu. Konkret merupakan konsep yang dapat definisikan oleh konsep primitif, tetapi dibatasi oleh waktu dan jaraknya dapat diamati pada kenyataannya. Adapun abstrak dapat didefinisikan oleh primitif konsep dan konsep konkret (keduanya), tetapi tidak bergantung pada waktu dan jarak, (Reynold, 1971).

Model konseptual adalah struktur konsep dan teori yang secara bersama memberikan gambaran dalam mengembangkan suatu keilmuan. Model konseptual merupakan cara berpikir tentang individu dan lingkungannya yang dapat bermanfaat untuk berbagai situasi dalam memprioritaskan pelayanan dan memberikan tantangan kepada perawat untuk mampu mengubah kondisi pasien dari sikap yang hanya bertahan menjadi mandiri, (Tomey & Alligood, 2006).

B. Teori dan Model Keperawatan Keluarga

1. Model Betty Neuman tentang Sistem Kesehatan

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

Komponen utama dari model ini adalah adanya stres dan reaksi terhadap stres. Klien dipandang sebagai suatu sistem terbuka yang memiliki siklus input, proses, output, dan feedback sebagai suatu pola organisasi yang dinamis. Dengan menggunakan perspektif sistem ini, maka kliennya bisa meliputi individu, kelompok, keluarga, komunitas, atau kumpulan agregat lainnya dan dapat diterapkan oleh berbagai disiplin keilmuan.

Tomey dan Alligood (2006) menyatakan, bahwa tujuan ideal dari model ini adalah untuk mencapai stabilitas sistem secara optimal. Apabila stabilitas tercapai maka akan terjadi revitalisasi dan sebagai sistem terbuka maka klien selalu berupaya untuk memperoleh, meningkatkan, dan mempertahankan keseimbangan di antara berbagai faktor, baik di dalam maupun di luar sistem yang berupaya untuk mengusahakannya. Neuman

menyebut gangguan-gangguan tersebut sebagai stresor yang memiliki dampak negatif atau positif. Reaksi terhadap stresor bisa potensial atau aktual melalui respons dan gejala yang dapat diidentifikasi.

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

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

2. Model Florence Nightingale (Teori Lingkungan)

Nightingale mempromosikan perawat kebidanan dan pelayanan kesehatan berbasis rumah dan menulis catatan keperawatan di mana wanita dilibatkan dalam asuhan untuk anggota keluarga yang sakit dan pemeliharaan kesehatan anak-anak di rumah. Dalam suatu dokumennya, "Pelatihan Perawat untuk Keluarga yang Miskin", (Nightingale, 1949). Ia menuliskan perawat menyatukan perawatan untuk yang sakit dan perawatan kesehatan dalam lingkungan rumah. Ia memunculkan perawatan kesehatan rumah dan perawat anak-maternal digabungkan dalam praktik perawatan keluarga secara keseluruhan sebagai unit pelayanan, (1949).

Nightingale banyak membuat upaya untuk menganjurkan menugaskan Wanita untuk memberikan asuhan keperawatan yang baik di dalam rumahnya bersamaan dengan upayanya untuk menciptakan program pelatihan untuk perawat profesional. a mungkin setuju dengan tuisan yang

membedakan antara perawatan sebagai tindakan dan perawatan sebagai suatu profesi dan suatu disiplin yang nyata, (Friedman, 2003).

3. Teori Imogene King tentang Pencapaian Tujuan (Interacting Systems Framework Theory of Goal Attainment)

Imogene King dikenal dengan "Interacting Systems Framework and Theory of Goal Attainment", yaitu adanya interaksi antara perawat dan pasien pada pelaksanaan asuhan keperawatan. Hubungan interaksi antara perawat dan pasien membawa pada pencapaian tujuan. King menyatakan pencapaian tujuan merupakan sebuah konsep transaksi sebagai komponen integral dalam teori ini.

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

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

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

4. Model Sister Callista Roy tentang Adaptasi (Adaptation Model) Teori ROY dikenal dengan "Model Adaptasi Roy"

Teori ini merupakan model dalam keperawatan yang menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu mengubah perilaku yang maladaptif. Teori Roy merupakan suatu proses dari seseorang dalam berperilaku pengeluaran hasil pemikiran dan merasakan sebagai individu atau kelompok guna menciptakan lingkungan yang terintegrasi. Adaptasi ini ada karena adanya suatu stimulus. Stimuli umum yang mempengaruhi adaptasi antara lain:

- a. Kultur : Status sosial ekonomi, etnis, sistem keyakinan
- b. Keluarga : Struktur dan tugas-tugas
- c. Tahap Perkembangan : Faktor usia, jenis, tugas, keturunan, dan genetic
- d. Integritas Modes Adaptif : Fisiologis (mencakup patologi penyakit), konsep diri, fungsi peran, interdependensi
- e. Efektivitas Cognator : Persepsi, pengetahuan, keterampilan
- f. Pertimbangan Lingkungan - Perubahan lingkungan internal atau eksternal, pengelolaan medis, menggunakan obat-obat, alkohol, tembakau, (Marriner & Tomey, 2006).

Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada manusia, di antaranya: stimuli fokal, stimuli kontekstual, dan stimuli residual, (Tomey, 2001). Stimuli Fokal, yaitu stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat terhadap seorang individu. Stimuli Kontekstual, yaitu stimulus yang dialami seseorang, baik internal maupun eksternal yang dapat memengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subjektif.

Stimuli Residual, yaitu stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dilakukan observasi. Tiga proses adaptasi yang dikemukakan Roy adalah mekanisme koping, pengaturan subsistem, dan cognator subsistem, (Tomey, 2001). Mekanisme koping; pada sistem ini terdapat dua mekanisme: pertama, mekanisme koping bawaan yang prosesnya tidak disadari oleh manusia, yang ditentukan secara genetik atau secara umum dipandang sebagai proses otomatis pada tubuh. Kedua, yaitu mekanisme koping yang didapat di mana koping tersebut diperoleh melalui pengembangan atau pengalaman yang dipelajarinya.

Pengaturan subsistem merupakan proses koping yang menyertakan subsistem tubuh, yaitu saraf, proses kimiawi, dan sistem endokrin. Cognator subsistem, yaitu proses koping seseorang yang menyertakan empat sistem pengetahuan dan emosi: pengolahan persepsi dan informasi, pembelajaran, pertimbangan, dan emosi.

Sistem adaptasi memiliki empat model adaptasi di antaranya:

a. Fungsi Fisiologis;

Sistem adaptasi fisiologis di antaranya adalah oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indra, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan endokrin

b. Konsep Diri;

Bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain;

c. Fungsi Peran;

Proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain; dan

d. Interdependent;

Kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu ataupun kelompok. Terdapat dua respons adaptasi yang dinyatakan Roy, yaitu :

- 1) Respons yang adaptif di mana terminologinya adalah manusia dapat mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh manusia.
- 2) Respons yang tidak adaptif di mana manusia tidak dapat mengontrol dari terminologi keseimbangan sistem tubuh manusia, atau tidak dapat mencapai tujuan yang akan diraih.

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

Teori Orem fokus pada perawatan diri, kurangnya perawatan diri, sistem keperawatan berorientasi kepada individu. Menurut Orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan, bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan, dan kesejahteraannya. Oleh karena itu, teori ini dikenal sebagai Self Care atau Self Care Defisit Teori, (Tomey & Alligod, 2006).

Ada tiga prinsip dalam perawatan diri sendiri atau perawatan mandiri. Pertama, perawatan mandiri yang bersifat holistik meliputi kebutuhan oksigen, air, makanan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, mencegah trauma, serta kebutuhan hidup lainnya. Kedua, perawatan mandiri yang dilakukan harus sesuai dengan tumbuh kembang manusia. Ketiga, perawatan mandiri dilakukan karena adanya masalah kesehatan atau penyakit untuk pencegahan dan peningkatan kesehatan.

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

Model Orem (1971) menjelaskan, bahwa asuhan keperawatan diperlukan ketika individu dewasa tidak dapat melakukan self care secara penuh untuk menyokong hidup, memelihara kesehatan, memulihkan dari penyakit atau injuri atau mengatasi dampak penyakit atau injuri, (Orem, 1991).

Model Orem juga mengakomodasikan ketika asuhan keperawatan mungkin langsung menuju pemberian asuhan keperawatan. Contoh: Asuhan perawatan mungkin langsung menuju orang tua atau wali dari anak yang sakit. Enam konsep sentral dari model Orem adalah Self Care, Self Care Agency, Therapeutic Self Care Demands, Self Care Deficit, Nursing Agency, dan Nursing System, (Friedman, 2003).

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

Teori Roger memfokuskan telaah dari keperawatan adalah kehidupan manusia. Sehingga teori Martha E Roger disebut juga Ilmu Humanisme, Teori Sistem General atau Teori Unitary Human Being. Teori Rogers (1970, 1992) tentang Unitary Human Being mengantar kita pada pandangan yang baru bagi dunia keperawatan; perbandingan antara kesehatan dan penyakit. Fokus dari teori Rogers ini adalah adanya hubungan timbal balik antara lingkungan dan kesatuan manusia. Pada kenyataannya, manusia memiliki konsep yang berbeda sebagai individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau yang lainnya ke dalam sebuah integral. Pola lapangan, inti dari ilmu

pengetahuan ini dapat dipahami sebagai manifestasi dari manusia dan lingkungan.

Teori dari Martha E. Rogers "Unitary Human Being" menjelaskan suatu kerangka acuan bagi ilmu keperawatan untuk membedakan pengamatan pada manusia, hubungan timbal balik manusia dan lingkungan, dan praktik ilmu keperawatan. Dalam konsep "Science of Unitary Human Being" perawat ditantang untuk memberikan peranan melalui pengembangan secara konseptual, teoretis, dan praktik. Perawat bertanggung jawab untuk membuat analisis logis dari kerangka kerja dan generasi, serta uji coba dari teori.

Bagaimana perawat menggunakan pengetahuan dari kerangka kerja yang diperoleh untuk menyediakan layanan kepada masyarakat sepenting pengetahuan yang dimilikinya. Sintesis bijaksana dari ilmu pengetahuan dan seni dari keperawatan adalah penting jika kerangka kerja tersebut berperan untuk memenuhi perintah profesi dalam menyediakan pelayanan bagi masyarakat. Semua perawat yang terkait bertanggung jawab untuk mulai bekerja membuka ide komunikasi, pertanyaan, tantangan, dan sangkalan yang dihasilkan oleh kerangka dan pelaporan pekerjaan ilmiah dan praktik di dalam literatur ilmu perawatan, Inti teori Martha f. Rote field Rogers and The Scrate if Untary Human Beings, 2003) adalah Ension fields (Bidang Energi, Openness (Terbuka), Pattern (Pola), dan Pandimensionality.

7. Model Friedman

Model yang dikembangkan oleh Friedman menggambarkan System Structural Freder el to ereban san elarea dange me sisten. Mental dengan institusi lain dalam masyarakat, seperti pendidikan, keagamaan, kesehatan dengan fokus pada struktur dan fungsi keluarga. Proses keperawatan keluarga akan berbeda bergantung pada siapa yang menjadi fokus perawatan. Perbedaan fokus ini bergantung pada konsep perawat tentang keluarga dalam praktiknya.

Perawat yang memandang keluarga sebagai latar belakang atau konteks individu pasien, maka individu anggota keluarga menjadi fokus utama pelayanan, dan proses keperawatan berorientasi pada individu. Hal ini merupakan cara tradisional untuk memberikan asuhan keperawatan. Perawat yang mengonseptualisasi keluarga sebagai unit perawatan, maka keluarga dianggap sebagai sistem (fokus utamanya sistem di dalam

keluarga) dan ini jarang dilakukan walaupun proses pemberian asuhannya sendiri tidak berbeda.

Perawat keluarga dalam praktiknya harus menstimulasi individu dan keluarga juga sistem keluarga. Hal ini berarti, dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga, perawat harus menerapkan dua jalan, yaitu perawatan kepada individu dan keluarga, serta keluarga sebagai sistemnya. Dengan demikian, dalam melakukan pengkajian, perawat merumuskan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan akan lebih kompleks dan mendalam, (Friedman, 2003).

Friedman dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga menerapkan langkah-langkah terkait dengan lima langkah dalam proses keperawatan keluarga. Asuhan keperawatan keluarga dimulai dengan pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan keluarga. Pengkajian ditekankan pada struktur dan fungsi keluarga secara menyeluruh dan terintegrasi.

C. Latihan

1. Tn A mampu melakukan aktivitas secara perlahan dan belajar untuk mandiri setelah dilakukan fisioterapi pasca menderita stroke 1 tahun yang lalu.
Apakah teori model yang relevan dengan kondisi Tn A?
 - A. Betty Neuman
 - B. Dorothe E. Orem
 - C. Imogene King
 - D. Florence Nigthingale
 - E. Calista Roy

2. Keluarga Tn B mampu bertahan dan beradaptasi dengan lingkungan Masyarakat sekitar yang sedang menderita wabah influenza setelah melakukan upaya pencegahan dengan meningkatkan daya tahan tubuh melalui pola perilaku sehat sesuai anjuran perawat.
Apakah teori model yang berhubungan dengan keadaan keluarga Tn B?
 - A. Betty Neuman
 - B. Dorothe E. Orem
 - C. Imogene King
 - D. Florence Nigthingale
 - E. Calista Roy

3. Seorang perawat sedang melaksanakan asuhan keperawatan kepada keluarga TN C yang menderita gastritis dan keluarga sangat kooperatif bekerjasama dan mengikuti semua anjuran dari perawat karena ingin segera sembuh dari sakitnya.

Apakah teori model yang terkait dengan keluarga Tn C?

- A. Betty Neuman
- B. Dorothe E. Orem
- C. Imogene King
- D. Florence Nigthingale
- E. Calista Roy

4. Seorang perawat sedang memberikan edukasi kepada keluarga Tn D tentang cara memodifikasi lingkungan yang sehat yang menunjang untuk kesembuhan penyakit Tn D yang sedang menderita TB. Paru sejak 1 bulan yang lalu.

Apakah teori model yang relevan dengan kondisi keluarga Tn D?

- A. Betty Neuman
- B. Dorothe E. Orem
- C. Imogene King
- D. Florence Nigthingale
- E. Calista Roy

5. Seorang perawat sedang melakukan implementasi keperawatan berupa edukasi diet hipertensi dan mengajarkan teknik relaksasi kepada keluarga Tn E yang menderita hipertensi agar keluarga mampu melakukan perawatan secara fisik dan psikologi.

Apakah teori model keperawatan yang relevan dengan kasus tersebut?

- A. Betty Neuman
- B. Dorothe E. Orem
- C. Imogene King
- D. Florence Nigthingale
- E. Calista Roy

Kunci jawaban :

1. B	2. E
3. C	4. D
5. A	

D. Rangkuman Materi

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

Model Florence Nightingale menekankan bahwa perawat harus menyatukan perawatan untuk yang sakit dan perawatan kesehatan dalam lingkungan rumah. Imogene King dikenal dengan "Interacting Systems Framework and Theory of Goal Attainment", yaitu adanya interaksi antara perawat dan pasien pada pelaksanaan asuhan keperawatan.

Teori ini merupakan model dalam keperawatan yang menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu mengubah perilaku yang maladaptif. Teori Orem fokus pada perawatan diri, kurangnya perawatan diri, sistem keperawatan berorientasi kepada individu. Menurut Orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan, bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup,

E. Glosarium

Self Care : Keperawatan mandiri

Nursing Agency : Perawat pemberi pelayanan

Daftar Pustaka

- Bakri Maria H, Asuhan Keperawatan Keluarga. Pustaka Mahardika : Yogyakarta
- Friedman, M. M. (1998). Keperawatan keluarga: Teori dan praktik. Jakarta: EGC.
- Harmoko. 2012. Asuhan Keperawatan Keluarga. Pustaka Pelajar : Semarang.
- Nadirawati. 2018. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga. Refika Aditama : Bandung
- Nur Kholifah, Siti. 2016. Modul Bahan Ajar Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Pusdik SDM Kesehatan : Jakarta.
- Padila (2012). Buku Ajar Keperawatan Keluarga . Yogyakarta : Nuhu Medika

BAB 3

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Perawat merupakan suatu profesi yang sifat pekerjaannya senantiasa berhubungan dengan manusia, terjadi interaksi, saling mempengaruhi satu dengan yang lain. Sebagai suatu profesi, perawat memiliki fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi professional keperawatan. Fungsi professional ini dapat membantu mengenali dan menemukan apa saja kebutuhan pasien yang bersifat *urgent*. Hal tersebut merupakan sebuah tanggung jawab perawat untuk dapat membantu memenuhi kebutuhan, dan ini erat kaitannya dengan tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai seorang pemberi asuhan keperawatan.

Bab tiga buku ajar ini membahas tentang Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga, sebuah tinjauan yang mengulas secara sistematis serangkaian proses asuhan keperawatan keluarga, mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, scoring/prioritas masalah, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pokok bahasan ini sebagai pengetahuan basik yang wajib dimiliki oleh perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Dengan pengetahuan tersebut diharapkan perawat secara profesional mampu mengimplementasikan proses asuhan keperawatan dalam tatanan nyata di komunitas.

Buku ini disusun dengan berpedoman pada kurikulum keperawatan yang digunakan saat ini, sehingga dapat dimanfaatkan oleh mahasiswa keperawatan, oleh karena itu dalam rangka membantu mempermudah pembaca dalam memahami keseluruhan isi buku ini, maka materi disajikan secara terstruktur meliputi; Konsep asuhan keperawatan keluarga, Pengkajian keluarga, Perumusan masalah keperawatan, Diagnosis keperawatan, Prioritas masalah keperawatan, Perencanaan keperawatan keluarga, Implementasi dan Evaluasi keperawatan keluarga. Untuk dapat memahami keseluruhan ini materi ini, pembaca dapat melakukan dengan berbagai metode pembelajaran, yaitu: belajar mandiri, diskusi

kelompok, studi kasus, serta mengerjakan latihan soal yang telah disiapkan. Dengan demikian diharapkan pembaca dapat secara sistematis mempelajari penjelasan tiap tiap sub pokok bahasan.

Untuk menambah informasi yang berhubungan dengan pokok bahasan ini, pembaca disarankan memperbanyak referensi dengan mencari berbagai sumber informasi sehingga dapat menyempurnakan pengetahuan yang diperoleh.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Setelah mengikuti Proses pembelajaran pokok bahasan ini peserta didik mampu memahami Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.

Capaian Pembelajaran:

Setelah proses pembelajaran pokok bahasan ini, peserta didik dapat menjelaskan kembali;

1. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga
2. Pengkajian Keluarga
3. Diagnosis keperawatan Keluarga
4. Intervensi Keperawatan Keluarga
5. Implementasi Keperawatan Keluarga
6. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Uraian Materi

Keluarga dijadikan sebagai salah satu fokus pelayanan karena masalah kesehatan keluarga sangat kompleks, saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara satu dengan yang lain, dan akan mempengaruhi keluarga – keluarga yang ada di sekitarnya atau masyarakat sekitarnya, dan bahkan dalam konteks yang lebih luas akan berpengaruh terhadap keadaan sebuah negara. Salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan di keluarga adalah Asuhan keperawatan keluarga. Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dan dinamis dengan menggunakan pendekatan yang sistematis melalui serangkaian proses asuhan keperawatan, melibatkan kerja sama keluarga dan individu sebagai anggota keluarga dengan tujuan meningkatkan kemandirian keluarga dalam menjalankan fungsi kesehatan.

A. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Terdapat beberapa definisi yang dikemukakan oleh ahli terkait dengan asuhan keperawatan keluarga. World Health Organization (WHO), (2014), mendefinisikan asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab perawat.

Asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan dalam praktik keperawatan yang menitikberatkan pada keluarga sebagai unit perawatan, merupakan pendekatan yang holistik dan terapeutik dalam memberikan perawatan kesehatan kepada keluarga sebagai kesatuan, bukan hanya kepada individu dalam keluarga tersebut. Pendekatan ini melibatkan pemahaman yang mendalam tentang dinamika keluarga, struktur keluarga, serta faktor – faktor sosial, budaya, dan lingkungan yang memengaruhi kesehatan keluarga secara keseluruhan.

Asuhan keperawatan keluarga bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan anggota keluarga, sehingga keluarga dapat hidup lebih sejahtera. Dengan memberikan perhatian yang menyeluruh pada kesehatan fisik, mental, sosial, dan emosional keluarga, perawat dapat membantu mencegah penyakit, mengelola kondisi kesehatan, dan mendukung

kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Keterlibatan keluarga dalam asuhan keperawatan juga berperan penting dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung proses pemulihan serta pencegahan masalah kesehatan di masa depan.

Dalam asuhan keperawatan keluarga, pendekatan teori sistem keluarga (*family system Theory*) digunakan untuk memahami bagaimana proses interaksi dan dinamika keluarga serta bagaimana interaksi tersebut dapat memengaruhi kesehatan keluarga. Lebih jauh teori ini menganggap bahwa keluarga sebagai sistem yang terdiri dari anggota yang saling berkaitan, maknanya adalah bahwa perubahan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga dapat memengaruhi seluruh sistem keluarga.

Asuhan keperawatan keluarga juga dapat menggunakan teori keseimbangan dalam keluarga (*Family Balance Theory*), teori ini membantu keluarga dalam menemukan keseimbangan yang tepat antara kebutuhan anggota keluarga sebagai individu dan kebutuhan keluarga secara keseluruhan. Teori ini menjelaskan sbahwa kesehatan sebuah keluarga tergantung pada keseimbangan yang terjadi antara kebutuhan individu dan kebutuhan keluarga.

Dalam asuhan keperawatan keluarga, dikenal juga dengan model pengembangan keluarga (*Family Developmental Model*), model ini digunakan untuk memahami bagaimana proses dinamika keluarga sesuai dengan tahapan perkembangannya, dan memberikan berbagai alternatif perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pada setiap tahapan tersebut. Model ini menggambarkan tahapan perkembangan yang dialami oleh keluarga seiring dengan berjalannya waktu, mulai dari pembentukan keluarga sampai tahap – tahap berikutnya seperti kelahiran anak pertama, prasekolah, sekolah, remaja, dewasa, usia pertengahan, dan lansia.

Penting juga diimplementasikan suatu pendekatan keperawatan keluarga berbasis *Evidence based Family Nursing*, yaitu sebuah pendekatan yang dilakukan dengan menggabungkan pengetahuan dan bukti ilmiah terkini (hasil penelitian) dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga, menggunakan hasil penelitian terbaru untuk mendukung praktik perawatan yang efektif dan efisien bagi keluarga

Berdasarkan beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan keluarga adalah suatu bentuk praktek keperawatan profesional ditujukan pada keluarga baik sehat maupun sakit, dengan sehat dan mandiri

sebagai tujuannya, yang dilakukan melalui pendekatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan sehat sebagai tujuan.

B. Proses Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal serangkaian proses asuhan keperawatan dimana kegiatannya berupa pengumpulan berbagai data dan informasi yang akurat bersumber dari keluarga sebagai klien, sehingga dengan data dan informasi tersebut perawat dapat mengidentifikasi lebih lanjut permasalahan yang dihadapi oleh keluarga. Lebih lanjut Friedman (2010) menjelaskan bahwa pengkajian adalah suatu proses pengumpulan informasi terus menerus untuk mengidentifikasi masalah. Data dikumpulkan secara sistematis dengan format pengkajian keluarga. data diperoleh melalui beberapa metode, yaitu; wawancara, observasi terhadap fasilitas yang ada di rumah dan lingkungan sekitar, pemeriksaan fisik head to toe terhadap seluruh anggota keluarga, dan data pendukung lain yang berkaitan dengan keluhan sakit (seperti; kartu berobat, catatan kesehatan dari fasilitas kesehatan, dan hasil pemeriksaan laboratorium).

Model pengkajian keluarga menurut Friedman (2010) terdiri dari enam kategori; a) Mengidentifikasi data keluarga; b) Tahap dan riwayat perkembangan keluarga; c) Data lingkungan; d) Struktur Keluarga; e) Fungsi keluarga; f) Stress dan coping serta adaptasi keluarga. Setiap kategori terdiri dari banyak sub kategori, perawat yang mengkaji keluarga harus mampu memutuskan kategori mana yang relevan dengan kasus yang dihadapi sehingga dapat digali lebih mendalam pada saat kunjungan, dengan demikian masalah dalam keluarga dapat mudah diidentifikasi. Tidak semua dari kategori harus dikaji tetapi tergantung pada tujuan, masalah dan sumber - sumber yang dimiliki oleh keluarga. Berikut beberapa data dan informasi yang dijadikan sebagai dasar untuk melakukan identifikasi masalah;

a. Data Keluarga

Friedman (2010) menjabarkan pengkajian data – data dasar yang menggambarkan hal – hal dasar terhadap keluarga, meliputi;

- 1) Data umum keluarga;
Nama kepala keluarga (KK), umur, alamat, telephon, pekerjaan dan pendidikan, agama, suku
- 2) Komposisi keluarga dan genogram
Identifikasi seluruh anggota keluarga sebagai bagian dari keluarga, meliputi; nama (ditulis inisial), usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan KK, dan status kesehatan. Genogram menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dengan pola penyakit. Apakah penyakit saat ini ada kaitannya dengan riwayat sebelumnya.
- 3) Tipe dan bentuk keluarga
Tipe keluarga didasari oleh anggota keluarga yang berada dalam satu rumah, tipe keluarga dapat dilihat dari komposisi dan genogram dalam keluarga. apakah keluarga termasuk dalam tipe; extended family, nuclear family, single parent, keluarga komuni dll.
- 4) Latar belakang budaya
Memahami latar belakang budaya keluarga merupakan aspek penting yang tidak bisa diabaikan, hal ini karena pola kebiasaan keluarga biasanya dipengaruhi oleh budaya, termasuk sistem nilai keyakinan dan fungsi keluarga. Beberapa hal yang dapat diidentifikasi pada aspek latar belakang budaya diantaranya adalah (Fadhilah,N.dkk, 2021)
 - a) Identifikasi latar belakang budaya/suku (baik suami atau istri), termasuk budaya yang paling dominan
 - b) Bahasa yang digunakan sehari hari di rumah
 - c) Kebiasaan suku yang berpengaruh terhadap kesehatan, (contoh: dalam suku tertentu diyakini bahwa tidak boleh mengkonsumsi daging sapi, karena sapi digambarkan sebagai sosok Tuhan yang disembah)
 - d) Gaya hidup keluarga banyak dipengaruhi oleh budaya tradisional atau budaya modern,
 - e) Sejauh mana pengaruh suku/budaya di masyarakat terhadap keluarga (bila suku tidak sama).
 - f) Fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan keluarga (apakah modern atau tradisional, misal; pengobatan ke dukun, alternative dll)

5) Identifikasi Agama

- a) Adakah perbedaan agama yang dianut oleh anggota keluarga dan praktiknya pada masing – masing anggota keluarga
- b) Agama yang dominan dalam keluarga
- c) Keaktifan dalam menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya.
- d) Apakah agama dijadikan sebagai dasar keyakinan atau nilai yang mempengaruhi sistem keluarga.

6) Rekreasi keluarga

- a) Identifikasi tipe kebiasaan dengan frekuensi rekreasi yang dilakukan oleh keluarga,
- b) Identifikasi waktu luang yang ada di keluarga dengan pemanfaatannya,
- c) Identifikasi perasaan tiap anggota keluarga setelah melakukan rekreasi.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

- 1) Identifikasi riwayat kesehatan/penyakit seluruh anggota keluarga dalam 6 bulan terakhir.
- 2) Jelaskan kronologisnya (meliputi; provokatif, quality, region, skala, timing), dan tindakan yang dilakukan keluarga dalam menangani penyakit yang ada.

c. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga mengacu pada teori DUVALL et Friedman (2010), bahwa tahap perkembangan keluarga ditentukan berdasarkan anak pertama yang dilahirkan, dan diidentifikasi sejauhmana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahap perkembangan

2) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Adalah menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala – kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

3) Riwayat keluarga inti

Identifikasi riwayat keluarga dari lahir hingga saat ini, termasuk riwayat perkembangan dan kejadian serta pengalaman kesehatan yang unik atau yang berkaitan dengan kesehatan (seperti; perceraian, kematian,

kehilangan, anak cacat, dll) yang terjadi dalam kehidupan keluarga, dan bagaimana coping keluarga terhadap masalah tersebut.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Adalah menjelaskan riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri (misal; penyakit keturunan, riwayat perkawinan atau perceraian).

d. Data Lingkungan

Data lingkungan menggambarkan kehidupan seluruh alam keluarga, mulai dari hal – hal kecil dalam rumah tangga sampai komunitas yang lebih luas dimana keluarga tersebut berada. Beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya adalah;

1) Karakteristik rumah;

Identifikasi status kepemilikan rumah, tipe rumah, luas rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, kebersihan ruangan, peletakan perabot rumah tangga, jenis dan jarak septik tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

2) Karakteristik fisik tetangga dan komunitas

Identifikasi karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi;

- a) Tipe penduduk; individual, kekeluargaan, gotong royong, dll
- b) Tipe hunian; industri, perumahan dll)
- c) Kebiasaan/atauran atau kesepakatan penduduk setempat yang mempengaruhi kesehatan.
- d) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dari beberapa aspek, yaitu;

- a) Kebiasaan keluarga berpindah tempat.
- b) Lama keluarga tinggal di tempat tersebut.
- c) Apakah keluarga sering berpindah tempat tinggal (bila ya tanyakan alasannya)

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

- a) Identifikasi bagaimana keluarga memanfaatkan waktu untuk berkumpul dengan anggota keluarga,
- b) Identifikasi fasilitas sosial yang ada dimasyarakat dan bagaimana keluarga memanfaatkannya.

- c) Identifikasi kegiatan sosial dan keagamaan yang di masyarakat.
 - d) Sejauh mana keluarga berperan dalam kegiatan sosial dan keagamaan.
 - e) Sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat, cara keluarga memandang komunitasnya.
- 5) Sistem Pendukung Keluarga
- a) Identifikasi sistem pendukung keluarga yang bersumber dari pemerintah maupun swasta (LSM, Donatur, BPJS)
 - b) Bagaimana perasaan keluarga terhadap kelompok yang memberikan bantuan kepada keluarga (bila ada)

e. Struktur Keluarga

Struktur keluarga yang dapat dikaji menurut Friedman (2010) adalah;

- 1) Pola dan proses komunikasi keluarga;
 - a) Identifikasi pola komunikasi yang digunakan oleh anggota keluarga (apakah komunikasi terbuka atau tertutup).
 - b) Siapa yang dominan berbicara.
 - c) Kapan waktu anggota keluarga melakukan berinteraksi.
- 2) Struktur kekuasaan/kekuatan keluarga
 - a) Identifikasi siapa pengambil keputusan di keluarga.
 - b) Bagaimana keluarga dalam menyelesaikan masalah (otoriter, minta bantuan orang lain, dan lain – lain)
- 3) Struktur peran formal dan informal
 - a) Identifikasi peran masing – masing keluarga,
 - b) Adakah masalah dalam menjalankan peran tersebut (keluhan – keluhan dalam menjalankan peran)
- 4) Struktur nilai dan norma keluarga

Aturan atau kesepakatan dalam keluarga yang mempengaruhi kesehatan dan perilaku hidup bersih sehat keluarga (mis. Kebiasaan mencuci tangan, memakai alas kaki dll)

f. Fungsi Keluarga

- 1) Fungsi Psikologis
 - a) Apakah antara anggota keluarga mempunyai rasa saling memiliki, dan kasih sayang
 - b) Apakah antara anggota keluarga saling memperhatikan satu dengan yang lain

- c) Bagaimana keluarga melakukan pembinaan pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
 - d) Sejauh mana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
 - e) Bagaimana keluarga memberikan identitas bagi anggota keluarga.
- 2) Fungsi Sosialisasi
- a) Bagaimana hubungan sosialisasi anak dengan dunia luar/lingkungan
 - b) Sejauhmana anggota keluarga memberikan pembelajaran tentang disiplin, norma budaya dan perilaku sesuai dengan tumbuh kembang anak.
 - c) Apakah lingkungan keluarga mendukung bagi anak- anaknya untuk bermain sesuai dengan fase dan tahap perkembangannya
 - d) Bagaimana upaya keluarga dalam membina anak anaknya dalam rangka meneruskan budaya keluarga.
- 3) Fungsi Ekonomi
- a) Apakah setiap anggota keluarga (kecuali KK) memiliki penghasilan,
 - b) Apakah keluarga memiliki sumber lain yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan pendapatan,
 - c) Apakah penghasilan yang dirasakan cukup (bila tidak jelaskan)
 - d) Upaya yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan keluarga
 - e) Apakah keluarga memiliki tabungan (dana kesehatan)
- 4) Fungsi Biologis
- a) Bagaimana rencana keluarga memiliki keturunan termasuk merencanakan jumlah anggota keluarga.
 - b) Bagaimana keluarga membesarkan anak dengan memenuhi kebutuahn gizi
 - c) Bagaimana keluarga melakukan perawatan pada anggota keluarga termasuk pandangan keluarga terhadap pendidikan sex.
- 5) Fungsi Pendidikan
- a) Bagaimana persepsi keluarga terhadap pendidikan (pentingnya pendidikan,peran orang tua dalam mendidik anak dirumah).
 - b) Bagaimana peran dan tanggung jawab keluarga dalam menentukan pendidikan anak (jenis, tingkat pendidikan) untuk menghadapi kehidupan di masa dewasa.
 - c) Upaya yang dilakukan keluarga untuk menanamkan kedisiplinan dan tanggung jawab dalam menempuh pendidikan (misal;

mendampingi anak saat belajar, mengingatkan anak mengerjakan tugas sekolah, mengingatkan untuk belajar, mengomunikasikan tentang cita – cita, dll).

6) Fungsi Perawatan / Pemeliharaan kesehatan keluarga

a) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Identifikasi bagaimana Persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan, apakah mengetahui masalah kesehatan yang muncul meliputi pengertian, tanda, gejala serta faktor penyebab.

b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah tersebut dirasakan keluarga, apakah keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, adakah perasaan takut akan akibat dari penyakit, apakah keluarga memiliki perasaan negative terhadap masalah kesehatan, dan bagaimana ungkapan verbal keputusan yang diambil keluarga.

c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Identifikasi sejauhmana keluarga mengetahui keadaan penyakit anggota keluarga (meliputi : sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan cara perawatan. apakah keluarga mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

d) Kemampuan keluarga memelihara lingkungan

Identifikasi apakah keluarga mengetahui tentang manfaat pemeliharaan lingkungan dan pentingnya hygiene sanitasi, bagaimana sikap/pandangan keluargatentang kesehatan lingkungan, apakah keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki dan pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penyakit.

e) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

Identifikasi tingkat pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan, bagaimana pengetahuan keluarga tentang manfaat yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, apakah keluarga percaya terhadap petugas, apakah keluarga memiliki pengalaman yang kurang baik dengan petugas dan apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

g. Stress, Koping dan Adaptasi Keluarga

1) Stress Jangka Panjang dan Pendek

Identifikasi adakah masalah keluarga yang berkaitan dengan masalah sosial dan ekonomi, psikologis, spiritual yang mempengaruhi kesehatan, dan lamanya masalah tersebut dialami oleh keluarga.

2) Koping Keluarga

Identifikasi strategi koping apa yang digunakan oleh keluarga apabila mengalami masalah dan evaluasi apakah koping yang digunakan dirasakan efektif atau tidak beserta alasannya.

h. Harapan Keluarga terhadap Petugas Kesehatan

Identifikasi apa harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang akan datang, termasuk harapan kepada petugas kesehatan sebagai pemberi layanan (dokter, perawat, bidan, dll)

i. Pengkajian Fisik Anggota Keluarga

Lakukan pemeriksaan fisik Head to Toe pada setiap anggota keluarga dalam satu rumah. Pemeriksaan fisik dilakukan menggunakan alat yang sesuai dengan kasus dan kondisi keluarga. (PHN Kit)

2. Diagnosis Keperawatan Keluarga

a. Definisi

Diagnosis keperawatan adalah sebuah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan, agar mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat (Disetujui oleh anggota North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Konferensi IX, Maret 1990) (Allen, 1998).

Ketepatan merumuskan diagnosis keperawatan menjadi dasar bagi perawat dalam menentukan intervensi keperawatan sebagai bentuk tanggung jawab perawat. Formulasi diagnosis keperawatan yang tepat harus dapat menggambarkan masalah apa yang terjadi (dibuktikan dengan data mayor dan minor/tanda dan gejala) termasuk faktor penyebab/etiologi. Oleh karena itu, perumusan diagnosis keperawatan tentu sangat berbeda dengan perumusan diagnosis medis, mengingat terdapat beberapa aspek yang terdapat dalam diagnosis keperawatan dan tidak ditemukan dalam diagnosis medis, sebagaimana yang dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 3.1 Perbedaan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan

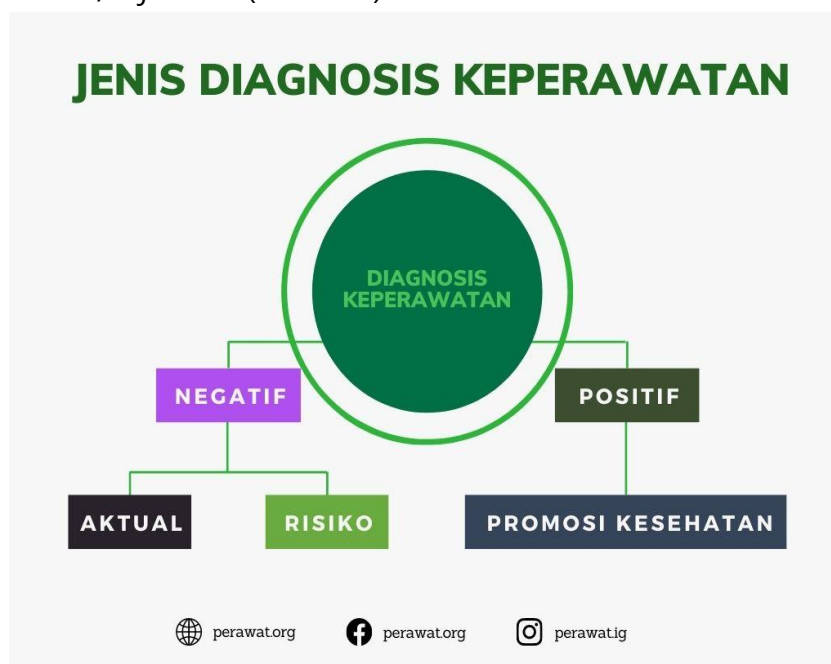
DIAGNOSIS MEDIS	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
• Menguraikan proses patologis (penyakit secara spesifik), misal; Hipertensi, DM, gagal jantung, gagal ginjal dll). • Berfokus pada faktor – faktor yang bersifat pengobatan dan penyembuhan penyakit. • Bersifat relatif tetap (mulai dari sakit sampai sembuh)	• Berfokus pada respon atau reaksi klien terhadap penyakitnya. • Berorientasi pada kebutuhan individu dengan memandang aspek Bio-psiko-sosial-kultural-spiritual. • Bersifat dinamis, sesuai perubahan dan kebutuhan klien • Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

Sumber; Rohman (2017)

b. Jenis Diagnosis keperawatan

Terdapat beberapa tipe diagnosis keperawatan berdasarkan klasifikasi SDKI, yaitu;

- 1) Diagnosis keperawatan negatif (meliputi; diagnosis aktual, dan diagnosis risiko).
- 2) Diagnosis keperawatan positif (yaitu; diagnosis promosi kesehatan/sejahtera (*wellness*)).



Gambar 3.1 Jenis Diagnosis Keperawatan

Sumber: Jenis Diagnosis keperawatan (PPNI, 2017)

1) Diagnosis Negatif

Diagnosis negatif adalah diagnosis yang menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit (disebut kondisi aktual) atau berisiko mengalami sakit (risiko)

Diagnosis aktual

Diagnosis aktual adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Pada diagnosis aktual, tanda dan/atau gejala mayor maupun minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien

Diagnosis risiko

Diagnosis risiko adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Pada diagnosis risiko tidak ditemukan tanda/gejala pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

2) Diagnosi Positif

Diagnosis positif adalah diagnosis yang menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi lebih sehat atau optimal. Penegakkan diagnosis ini mengarahkan pada intervensi yang bersifat edukasi (promotif), oleh karena itu diagnosis positif ini juga disebut dengan diagnosis promosi kesehatan.

Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis promosi kesehatan adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

c. Komponen Diagnosis Keperawatan

Beberapa komponen yang harus diperhatikan pada saat perawat menuliskan rumusan Diagnosis keperawatan, yaitu;

1) Masalah (Problem)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis ini terdiri dari deskriptor (penjelas) dan fokus diagnostik

2) Indikator diagnostik, meliputi; penyebab, tanda dan gejala, dan faktor risiko.

a) Penyebab

Penyebab merupakan faktor – faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Penyebab dalam diagnosis keperawatan dapat mencakup empat kategori, antara lain; (1) fisiologis, biologis, atau psikologis; (2) efek terapi atau tindakan; (3) situasional seperti lingkungan atau personal; dan (4) maturasional.

b) Tanda dan gejala

Tanda dan gejala menggambarkan data subyektif dan data obyektif yang diperoleh dari pengkajian (anamnesis dan pemeriksaan fisik). Tanda dan gejala dikelompokkan menjadi dua, yaitu tanda mayor dan tanda minor. Tanda dan gejala mayor wajib ditemukan kurang lebih 80% – 100% untuk validasi diagnosis, sedangkan tanda dan gejala minor tidak perlu ditemukan, tetapi dapat mendukung penegakkan diagnosis.

c) Faktor risiko

Faktor risiko adalah kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan.

d. Proses Penegakkan Diagnosis Keperawatan

Proses penegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI terdiri dari 3 tahapan, yaitu:

1) Analisa data

Setelah seluruh data dan informasi terkumpul, selanjutnya perawat melakukan analisa data untuk memahami kondisi keluarga secara holistik, analisa data dilakukan dengan mengkaitkan antara masalah yang dirasakan keluarga, kekuatan yang dimiliki keluarga, serta faktor – faktor yang berkontribusi terhadap status kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

Analisa data dilakukan dengan membandingkan data – data (DS dan DO) yang telah didapatkan dari hasil pengkajian dengan nilai – nilai normal, kemudian mengidentifikasi tanda dan gejala yang bermakna. Tanda dan gejala yang bermakna kemudian dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar (pelajari 14 kategori diagnosis keperawatan).

Analisa data sangat membantu perawat untuk dapat membuat perencanaan yang tepat sesuai dengan permasalahan yang dirasakan oleh keluarga. Oleh karena itu dibutuhkan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya pikir dan penalaran seorang perawat sehingga nalisa data dapat dilakukan dengan tepat, ketepatan tersebut akan diperoleh rumusan masalah yang tepat.

Penulisan analisa data dapat dilakukan dengan menggunakan tabel, yang terdiri dari empat kolom, yaitu; Nomor urut, data (DO dan DS), etiologi, dan problem atau masalah (merupakan sebuah kesimpulan dari data DO dan DS). Adapun tabel analisa data sebagai berikut:

Tabel 3.2 Analisa data

NO	TANDA/GEJALA	ETIOLOGI	MASALAH
	Penjajakan I DO : DS Penjajakan II Informasi terkait dengan pelaksanaan fungsi kesehatan (5 tugas keluarga)		

Kolom tanda/gejala

Kolom ini berisi data/informasi tentang masalah kesehatan keluarga, baik yang diperoleh dari hasil wawancara (DS), observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (DO). Semua data kelompokkan sesuai dengan sifat data dan masalah yang mendukung.

Kolom etiologi

Kolom ini berisi tentang faktor yang menyebabkan terjadinya masalah, dan penentuan faktor penyebab mengacu pada lima tugas keluarga mana yang tidak bisa dilakukan oleh keluarga. (lima tugas keluarga diantaranya; mengenal masalah, mengambil keputusan yang tepat, merawat keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan sehat, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Kolom masalah/problem

Kolom ini berisi sebuah kesimpulan masalah apa yang dapat dirumuskan berdasarkan tanda /gejala, penulisan masalah diberikan

inisial klien yang teridentifikasi mengalami keluhan sakit, hal ini dimaksudkan agar perawat memahami sejak awal masalah tersebut dialami oleh anggota keluarga yang mana.

2) Identifikasi masalah

Langkah kedua adalah identifikasi masalah. Langkah ini dilakukan untuk menentukan apakah masalah yang muncul merupakan masalah aktual, risiko, atau promosi kesehatan.

3) Perumusan diagnosis keperawatan

Setelah mengelompokkan data – data bermakna dan mengidentifikasi masalahnya. Selanjutnya adalah merumuskan diagnosis keperawatan. Perumusan diagnosis keperawatan berbeda antara diagnosis aktual, diagnosis risiko, dan diagnosis promosi kesehatan. Cara menulis diagnosis keperawatan sebagai berikut;

Diagnosis aktual:

Terdapat 3 bagian yang harus dituliskan dalam merumuskan diagnosis aktual, yaitu:

Masalah berhubungan dengan **(bd) Penyebab** dibuktikan dengan **(dd) Tanda/gejala**

Diagnosis risiko:

Terdapat 2 bagian untuk merumuskan diagnosa risiko, yaitu:

Masalah dibuktikan dengan **(dd) Faktor Risiko**

Diagnosis promosi kesehatan

Masalah dibuktikan dengan **(dd) tanda dan gejala**

3. Intervensi Keperawatan

a. Definisi Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penialain klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi merupakan tahap lanjutan setelah perawat melakukan prioritas masalah, tujuan intervensi adalah membantu klien

dan keluarga dalam mengatasi berbagai permasalahan kesehatan. Perawat bersama – sama dengan keluarga membuat dan menyusun berbagai rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi.

Secara spesifik intervensi keperawatan diartikan sebagai sebuah proses penyusunan rencana keperawatan yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan klien dan keluarga dalam mencegah timbulnya penyakit, meningkatkan kesehatan, dan mempertahankan perilaku yang positif sehingga terwujud keluarga yang mandiri dalam mengatasi masalah. Perawat perlu mempunyai dasar pengetahuan, wawasan, dan ketrampilan tentang kekuatan dan kelemahan yang dimiliki oleh klien/keluarga, termasuk nilai – nilai/keyakinan dan kepercayaan klien dan sumber – sumber yang dimiliki keluarga yang dapat dimanfaatkan untuk membantu memecahkan masalah.

Intervensi keperawatan keluarga merujuk pada pendekatan yang digunakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit atau menghadapi masalah kesehatan. Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, emosional, sosial, dan psikologis seluruh anggota keluarga. Dalam konteks keperawatan keluarga, pendekatan ini melibatkan tidak hanya pasien, tetapi juga keluarga sebagai unit yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kesehatan anggota keluarga.

b. Tujuan Intervensi

1) Meningkatkan Pengetahuan

Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga untuk meningkatkan pemahaman tentang kondisi kesehatan anggota keluarga, pengobatan yang diberikan, dan bagaimana cara perawatan yang tepat.

2) Meningkatkan Keterampilan

Perawatan memberikan pelatihan keterampilan praktis untuk merawat anggota keluarga yang sakit di rumah, seperti cara memberi obat, perawatan luka, atau bantuan pernapasan, batuk efektif, dll

3) Mengurangi Stres Keluarga

Membantu keluarga mengatasi stres yang mungkin muncul karena proses penyakit yang dialami, dengan memberikan dukungan emosional dan strategi coping.

4) Meningkatkan Komunikasi dalam Keluarga

Mendorong komunikasi yang terbuka dan efektif antar anggota keluarga, sehingga dapat mengurangi konflik dan meningkatkan kerja sama dalam perawatan pasien.

5) Meningkatkan Kualitas Hidup

Memastikan bahwa semua anggota keluarga, termasuk klien, merasa nyaman dan tidak terbebani dengan masalah kesehatan yang ada.

c. Prinsip Intervensi Keperawatan Keluarga

1) Pendekatan holistik:

Keluarga dianggap sebagai satu sistem yang saling berinteraksi, intervensi tidak hanya mengatasi masalah individu tetapi juga mencakup semua anggota keluarga.

2) Pemberdayaan keluarga:

Keluarga dilibatkan dalam setiap langkah proses perawatan sehingga mereka menjadi lebih mandiri dalam menangani masalah kesehatan mereka.

3) Pendekatan berbasis bukti:

Intervensi dilakukan berdasarkan data dan informasi yang relevan dan terpercaya, menggunakan penelitian atau praktik terbaik dalam keperawatan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa intervensi keperawatan keluarga yang terstruktur efektif dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dan manajemen diri pada pasien dengan penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi. Choi et al. (2020), dalam sebuah penelitiannya menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan yang dilakukan bersama keluarga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai penyakit, yang pada gilirannya membantu pasien dalam mengelola penyakit dengan lebih baik (Choi et al., 2020).

d. Langkah – langkah Intervensi Keperawatan

Langkah – langkah intervensi keperawatan menurut Manurung (2011) adalah sebagai berikut

1) Prioritas Masalah

Prioritas masalah merupakan bagian penting dalam proses asuhan keperawatan keluarga, hal ini erat kaitannya dengan ketepatan perawat dalam menentukan masalah keperawatan mana yang akan diatasi terlebih dahulu. Memprioritaskan maknanya adalah memilih

salah satu dari sekian masalah keperawatan mana yang memerlukan tindakan segera. Dalam menentukan prioritas masalah, perawat harus melibatkan peran serta aktif keluarga, tujuannya agar keluarga memahami situasi dan masalah yang saat ini terjadi sehingga dapat memberikan kontribusi secara langsung dalam menentukan tindakan yang akan dilakukan, dengan demikian keluarga dapat berkomitmen dan ikut bertanggung jawab dalam memecahkan masalah. Beberapa hal yang harus menjadi bahan pertimbangan perawat ketika memprioritaskan masalah, diantaranya adalah; (1) Sifat masalah; (2) Kemungkinan masalah dapat diubah; (3) Potensial masalah dapat dicegah, dan (4) Menonjolnya masalah. Berikut tabel prioritas masalah menurut Bailon & Maglaya (1978).

Tabel 3.3 Prioritas Masalah

NO	KRITERIA	SKORE	BOBOT	PEMBENARAN
1	Sifat Masalah ➤ Aktual ➤ Risiko ➤ sejahtera	3 2 1	1	Mengacu pada masalah yang sedang terjadi, baru menunjukkan tanda dan gejala bahkan dalam kondisi sehat.
2	Kemungkinan Masalah Diubah ➤ Mudah ➤ Sebagian ➤ Tidak dapat	2 1 0	2	Mengacu pada pengetahuan dan sumber daya keluarga, sumber daya perawat, dan sumber daya lingkungan.
3	Potensial Masalah Untuk Dicegah ➤ Tinggi ➤ Cukup ➤ Rendah	3 2 1	1	Mengacu pada berat ringat masalah, jangka waktu masalah, tindakan yang akan dilakukan, kelompok risiko tinggi yang dicegah.
4	Menojolnya Masalah ➤ Masalah berat harus segera ditangani	2	1	Mengacu pada bagaimana persepsi keluarga terhadap masalah

➤ Ada masalah tidak segera ditangani	1		
➤ Masalah tidak dirasakan.	0		

Keterangan tabel;

Kriteria

Terdapat empat kriteria, yaitu:

a) Sifat masalah

Penentuan sifat masalah dapat dilihat dari label/tipe diagnosis keperawatan. Kriteria penilaian berupa :

- (1) Aktual dengan skor 3
- (2) Risiko dengan skor 2
- (3) Promosi kesehatan dengan skor 1

b) Kemungkinan masalah untuk diubah

Adalah kemungkinan hasilnya mengurangi atau mencegah masalah jika ada tindakan (intervensi). Kriteria ini dapat ditentukan dengan melihat pengetahuan, sumber daya keluarga, sumber daya perawatan yang tersedia, dan dukungan masyarakatnya. Kriteria kemungkinan untuk diubah ini skornya terdiri :

- (1) Mudah dengan skor 2
- (2) Sebagian dengan skor 1
- (3) Tidak dapat dengan skor nol.

c) Potensial masalah untuk dicegah

Adalah sifat dan beratnya masalah yang akan timbul yang dapat dikurangi atau dicegah. Kriteria ini dapat ditentukan dengan melihat kepelikan masalah, lamanya masalah, dan tindakan yang sedang dilakukan. Skor dari kriteria ini terdiri atas :

- (1) Tinggi dengan skor 3
- (2) Cukup dengan skor 2
- (3) Rendah dengan skor 1

d) Menonjolnya masalah

Adalah merupakan cara keluarga melihat dan menilai masalah serta mendesaknya masalah untuk diatasi. Kriteria ini dapat ditentukan berdasarkan persepsi keluarga dalam melihat masalah. Penilaian dari kriteria ini terdiri atas :

- (1) Segera dengan skor 2
- (2) Tidak perlu segera skornya 1
- (3) Tidak dirasakan dengan skor nol 0

Proses skoring dilakukan untuk seluruh diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan (pada tahap diagnosis keperawatan), adapun prosedur prioritas masalah adalah sebagai berikut;

- a) Tentukan skore masing masing kriteria
- b) Selanjutnya skore terpilih dibagi dengan skore tertinggi (sesuai kriteri) kemudian dikalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{Skore yang diperoleh}}{\text{Skore tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- c) Jumlah hasil perhitungan seluruh kriteria, skore maksimum sama dengan jumlah kesusluruhan bobot, yaitu 5.

2) Menentukan Tujuan

Setelah proses skoring selesai dan telah ditemukan diagnosis keperawatan prioritas, selanjutnya menentukan luaran keperawatan. Luaran keperawatan adalah aspek aspek yang dapat dinilai, diukur, dan diobservasi yang mencakup kondisi klien, perilaku, atau persepsi klien, keluarga, atau komunitas yang berada di sekitar lingkungan rumah tangga, sebagai respon terhadap intervensi keperawatan yang diberikan oleh perawat (PPNI, 2018). Terdapat beberapa jenis luaran keperawatan menurut PPNI (2018), yaitu;

a) Luaran Positif

Luaran positif adalah suatu kondisi yang menunjukkan bahwa kondisi klien/keluarga, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga dalam menetapkan luaran keperawatan akan mengarah pada pemberian intervensi yang bertujuan memperbaiki atau meningkatkan suatu keadaan.

b) Luaran Negatif

Luaran negatif menunjukkan suatu kondisi perilaku atau persepsi yang tidak sehat tentang klien/keluarga, dengan kondisi tersebut intervensi keperawatan yang ditetapkan akan bertujuan menurunkan kondisi klien.

Contoh: Tingkat nyeri, tingkat ansietas, kelelahan

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menetapkan tujuan dalam intervensi keperawatan keluarga (Riasmini et al.,2017) adalah sebagai berikut:

- (1) Sederhana dan mudah dilakukan secara mandiri dan terus menerus oleh keluarga.
- (2) Tujuan berorientasi pada masalah yang dihadapi keluarga, perawat mengarahkan keluarga untuk mencapai hasil yang diharapkan.
- (3) Kriteria hasil yang ditetapkan harus sesuai dan dapat diukur serta dapat dicapai oleh keluarga.
- (4) Tujuan yang dibuat menggambarkan berbagai alternatif pemecahan masalah, sehingga keluarga mempunyai banyak pilihan untuk mengatasi masalahnya.
- (5) Tujuan yang ditetapkan harus spesifik, sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan dan faktor – faktor yang berhubungan dengan diagnosis keperawatan.
- (6) Tujuan harus menunjukkan kemampuan keluarga dalam memecahkan masalah keperawatan, oleh karena itu ketika menyusun tujuan, perawat harus melibatkan peran serta aktif klien

3) Menetapkan Rencana Tindakan/Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah kegiatan menyusun strategi tindakan yang akan dilakukan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan keluarga, dengan melibatkan peran serta aktif keluarga dan tim kesehatan lain (Riasmini et el, 2017).

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) menyusun sistem klasifikasi Standar Intervensi Keperawatan terdiri dari 5 kategori dan 14 sub kategori, dengan uraian sebagai berikut;

a) Fisilogis

Adalah kategori intervensi keperawatan yang disusun dengan tujuan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis, yang terdiri dari;

- (1) Respirasi
- (2) Sirkulasi
- (3) Nutrisi dan Cairan
- (4) Eliminasi

- (5) Aktivitas dan Istirahat
- (6) Neurosensori
- (7) Reproduksi dan Seksualitas

b) Psikologis

Adalah bentuk intervensi keperawatan disusun dengan tujuan mendukung fungsi dan proses mental, yang terdiri dari;

- (1) Nyeri dan Kenyamanan
- (2) Integritas Ego
- (3) Pertumbuhan dan Perkembangan

c) Perilaku

Adalah kategori intervensi keperawatan ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat, terdiri dari;

- (1) Kebersihan diri
- (2) Penyuluhan dan pembelajaran

d) Relasional

Adalah kategori intervensi keperawatan yang disusun untuk mendukung hubungan interpersonal atau interaksi sosial, terdiri atas;

Interaksi sosial, yang memuat kelompok intervensi yang dapat memulihkan hubungan antara individu dengan individu lainnya.

e) Lingkungan

Adalah kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung suasana lingkungan yang aman, nyaman, melindungi, dan menurunkan risiko gangguan kesehatan, terdiri dari;

Keamanan dan proteksi; memuat kelompok intervensi yang meningkatkan keamanan dan menurunkan risiko cedera akibat ancaman dari lingkungan internal maupun eksternal.

e. Komponen Intervensi Keperawatan

Komponen intervensi keperawatan, terdiri dari tiga aspek (PPNI, 2018), sebagai berikut:

1) Label

Komponen ini menjelaskan bahwa nama dari intervensi keperawatan yang merupakan sebuah kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi tersebut.

2) Definisi

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

3) Tindakan

Komponen ini merupakan rangkaian perilaku atau tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi yang telah disusun oleh perawat, terdiri dari; tindakan observasi, terapeutik, edukatif, dan kolaboratif (OTEK).

Pendekatan edukasi keperawatan keluarga dapat meningkatkan kesadaran anggota keluarga mengenai faktor risiko kesehatan dan cara pencegahannya. Penelitian intervensi melibatkan penyuluhan tentang nutrisi dan aktivitas fisik dalam keluarga berisiko tinggi obesitas efektif dalam mencegah perkembangan penyakit terkait (Liu et al., 2018).

Intervensi Kolaboratif adalah pendekatan di mana tenaga kesehatan, khususnya perawat bekerja sama dengan anggota keluarga untuk meningkatkan kesehatan atau mengatasi masalah Kesehatan. Dalam konteks keperawatan keluarga, kolaborasi ini bertujuan untuk memahami dinamika keluarga, kebutuhan spesifik, dan peran masing-masing anggota.

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan Definisi : Pola pengaturan dan pengintegrasian program kesehatan ke dalam kehidupan sehari-hari yang cukup untuk memenuhi tujuan kesehatan dan dapat ditingkatkan. 1. Gejala tanda mayor Subjektif : a. Mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah	Manajemen Kesehatan Kriteria hasil : Meningkat 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko 2. Menerapkan program perawatan 3. Aktivitas hidup sehari-hari efektif	Intervensi Utama 1. Bimbingan antisipatif 2. Edukasi kesehatan 3. Edukasi Penyakit Intervensi Pendukung 1. Bimbingan sistem kesehatan

kesehatan dan memenuhi	2. Dukungan
pencegahannya tujuan	pengambilan
Objektif :	keputusan
a. Pilihan hidup sehari-hari	3. Edukasi
tepat untuk memenuhi	program
tujuan program	pengobatan
kesehatan	n
2. Tanda gejala minor	4. Edukasi
Subjektif :	perilaku
a. Mengekspresikan tidak	mencari
adanya hambatan yang	kesehatan
berarti dalam	
mengintegrasikan	
program yang ditetapkan	
untuk mengatasi masalah	
kesehatan	
b. Menggambarkan	
berkurangnya faktor	
risiko terjadinya masalah	
kesehatan	
Objektif :	
a. Tidak ditemukan adanya	
gejala masalah kesehatan	
atau penyakit yang tidak	
teduga.	

f. Domain Intervensi

Terdapat tiga domain yang dapat digunakan dalam menyusun intervensi (*Calgary*) yaitu :

1) Domain kognitif

Intervensi dengan domain kognitif ditunjukkan dengan memberikan informasi, gagasan, motivasi dan saran pada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga.

2) Domain afektif

Intervensi ini ditunjukkan untuk membantu keluarga dalam merespon emosional sehingga keluarga dapat merubah sikap terhadap masalah yang dihadapi.

3) Domain psikomotor

Intervensi ini ditunjukkan untuk membantu dalam perubahan perilaku yang merugikan ke perilaku yang menguntungkan.

g. Hambatan-hambatan Intervensi

Menurut Baillon dan Maglaya (1978) hambatan yang sering kali dihadapi perawat keluarga saat melakukan intervensi keperawatan adalah :

- 1) Kurangnya informasi yang diterima oleh keluarga.
- 2) Tidak menyeluruhnya informasi yang diterima oleh keluarga.
- 3) Intervensi yang diperoleh oleh keluarga tidak dikaitkan dengan masalah yang dihadapi.
- 4) Keluarga tidak mau menghadapi situasi.
- 5) Keluarga berusaha mempertahankan pola kebiasaan yang sudah ada.
- 6) Kegagalan mengaitkan tindakan dengan sasaran keluarga.
- 7) Kurang percaya pada tindakan yang diusulkan.

4. Implementasi Keperawatan

Tahap selanjutnya setelah perawat menyusun intervensi keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan, merupakan aktualisasi atau tindakan langsung yang diberikan kepada klien/keluarga. Pada tahapan ini perawat perlu melibatkan peran serta aktif keluarga, keluarga tidak hanya sebagai obyek tetapi juga harus berperan sebagai subyek, yaitu sebagai orang yang turut serta dalam menerapkan rencana keperawatan, hal ini sebagai bentuk tanggung jawab keluarga dalam menjalankan fungsi perawatan kesehatan. Selain itu juga perawat harus mampu memanfaatkan berbagai sumber yang ada di dalam keluarga untuk menunjang pelaksanaan implementasi.

Keluarga diberikan edukasi untuk dapat menilai kemampuan atau potensi yang dimiliki, sehingga dapat mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memungkinkan keluarga untuk mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan yang tepat, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat, serta memanfaatkan saran pelayanan kesehatan yang ada di sekitar lingkungan.

a. Prinsip Implementasi

- 1) Implementasi harus mengacu pada rencana keperawatan yang dibuat bersama keluarga.
- 2) Implementasi dilakukan dengan memperhatikan prioritas masalah.
- 3) Kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya tidak boleh diabaikan
- 4) Melibatkan peran serta aktif seluruh anggota keluarga.

- 5) Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga jangan terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat profesi.

b. Faktor penghambat

Faktor penghambat bersumber dari keluarga yang dapat mempengaruhi minat keluarga untuk bekerja sama melakukan tindakan kesehatan yaitu :

- 1) Keluarga kurang memperoleh informasi yang jelas atau mendapatkan informasi tetapi keliru.
- 2) Keluarga mendapatkan informasi tidak lengkap sehingga mereka melihat masalah hanya sebagian.
- 3) Keluarga tidak dapat mengkaitkan antara informasi yang diterima dengan situasi yang dihadapi.
- 4) Keluarga tidak mau menghadapi situasi.
- 5) Anggota keluarga tidak mau melawan tekanan dari keluarga atau sosial.
- 6) Keluarga ingin mempertahankan suatu pola tingkah laku.
- 7) Keluarga gagal mengkaitkan tindakan dengan sasaran atau tujuan upaya keperawatan.
- 8) Kurang percaya dengan tindakan yang diusulkan perawat.

5. Evaluasi

a. Definisi

Evaluasi adalah langkah kritis dalam asuhan keperawatan bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi yang diberikan terhadap klien dan memastikan pencapaian tujuan yang telah direncanakan sebelumnya. Dalam proses asuhan keperawatan, evaluasi membantu perawat untuk memahami apakah intervensi yang diterapkan telah berhasil mengatasi masalah pasien atau perlu disesuaikan.

Pada tahap ini, perawat bersama keluarga menilai sejauh mana tujuan perawatan tercapai, apakah intervensi yang dilakukan efektif, dan apakah ada perubahan dalam status kesehatan keluarga. Evaluasi dilakukan secara terus-menerus dan berkelanjutan untuk memastikan keberhasilan program perawatan.

Beberapa pertanyaan yang perlu dipertimbangkan dalam evaluasi: Apakah keluarga telah mampu mengelola masalah kesehatan secara mandiri?, Apakah anggota keluarga menunjukkan perubahan positif

dalam pola hidup sehat?, dan Apakah ada perbaikan dalam hubungan antar anggota keluarga?.

b. Tujuan Evaluasi

Berikut adalah beberapa poin penting tentang tujuan evaluasi dalam asuhan keperawatan:

1) Mengukur Keberhasilan Intervensi

Evaluasi membantu mengidentifikasi sejauh mana intervensi keperawatan telah mencapai tujuan yang ditetapkan. Hal ini memastikan bahwa kebutuhan pasien terpenuhi dan kondisi kesehatan pasien mengalami perbaikan. Menurut NANDA International (2018), evaluasi merupakan bagian dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengukur perubahan status kesehatan pasien.

2) Mengidentifikasi Kebutuhan Perubahan Rencana

Evaluasi memungkinkan perawat menilai apakah ada kebutuhan untuk mengubah rencana asuhan keperawatan berdasarkan perkembangan atau perubahan kondisi pasien. Jika intervensi yang diterapkan tidak menunjukkan hasil yang diinginkan, perawat dapat memperbarui pendekatan atau menambahkan intervensi yang lebih relevan sesuai kebutuhan pasien (Potter & Perry, 2017).

3) Meningkatkan Kualitas Asuhan Keperawatan

Proses evaluasi membantu dalam peningkatan kualitas layanan keperawatan dengan memberikan data yang berharga untuk analisis kinerja dan hasil. Ini juga menciptakan kesempatan untuk refleksi dan perbaikan berkelanjutan dalam praktik klinis (Dewi & Munandar, 2019). Dengan demikian, evaluasi berperan dalam mengidentifikasi area yang membutuhkan peningkatan kualitas layanan dan mempromosikan praktik keperawatan yang berbasis bukti.

4) Memberikan Kepuasan Pasien

Melalui evaluasi, perawat dapat mengecek apakah asuhan yang diberikan telah memenuhi harapan pasien dan keluarga. Kepuasan pasien menjadi indikator keberhasilan asuhan keperawatan dan evaluasi memungkinkan umpan balik langsung dari pasien yang dapat digunakan untuk meningkatkan pelayanan (Fitzpatrick, 2018).

5) Dokumentasi dan Pelaporan yang Akurat

Evaluasi yang baik memungkinkan dokumentasi yang akurat tentang kondisi pasien dari waktu ke waktu, yang penting dalam komunikasi antar tim kesehatan. Dokumentasi evaluasi memberikan data historis yang berharga untuk referensi dalam perawatan jangka panjang atau perawatan selanjutnya oleh tim kesehatan lainnya (Taylor et al., 2015).

c. Indikator Keberhasilan Tindakan Keperawatan

Terdapat beberapa kemungkinan tujuan asuhan keperawatan dikatakan berhasil atau tidak. Asmadi (2006) dalam sebuah tulisannya menjelaskan bahwa penilaian tingkat keberhasilan asuhan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut;

1) Tujuan tercapai

Dikatakan tujuan tercapai jika klien/keluarga menunjukkan perubahan dengan standar yang telah ditentukan.

2) Tujuan tercapai sebagian

Tercapai sebagian atau dengan kata lain klien/keluarga masih dalam proses pencapaian tujuan, jika klien/keluarga menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

3) Tujuan tidak tercapai

Tujuan tidak tercapai, jika klien/keluarga hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali, atau justru timbul masalah baru.

d. Jenis – jenis Evaluasi

1) Evaluasi Proses (Formatif)

a) Jenis evaluasi yang pelaksanaannya setelah perawat selesai melakukan tindakan keperawatan.

b) Evaluasi dilakukan berorientasi pada faktor penyebab (etiologi)

c) Dilakukan secara berkelanjutan sampai tujuan yang ditetapkan telah tercapai.

2) Evaluasi Hasil

a) Jenis evaluasi yang dilakukan setelah perawat menyelesaikan tindakan keperawatan secara paripurna

b) Evaluasi berorientasi pada masalah keperawatan

c) Karena penilaian pada akhir implementasi, maka evaluasi ini memberi penjelasan mengenai keberhasilan/ketidak berhasilan sebuah tindakan.

- d) Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien/keluarga sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

e. Dimensi Evaluasi

Evaluasi sebagai suatu proses dapat dipusatkan dalam empat dimensi berikut :

- 1) Dimensi keberhasilan dari tindakan keperawatan.
Evaluasi ini dikaitkan dengan pencapaian tujuan
- 2) Dimensi ketepatangunaan (*efficiency*) tindakan keperawatan.
Evaluasi ini dikaitkan dengan biaya, waktu, tenaga, dan bahan
- 3) Dimensi kecocokan (*appropriateness*) tindakan keperawatan
Adalah kesanggupan dari tindakan untuk mengatasi masalah dengan baik dan sesuai pertimbangan profesional.
- 4) Dimensi keadekuatan (*adequacy*) tindakan keperawatan.
Evaluasi yang berhubungan dengan kelengkapan tindakan, apakah semua tindakan telah dilaksanakan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

f. Beberapa kemungkinan yang perlu ditinjau kembali apabila setelah dilakukan evaluasi tujuan tidak tercapai :

- 1) Tujuan yang ditetapkan tidak realistis
- 2) Tindakan keperawatan yang tidak tepat atau tidak sesuai dengan masalah yang dihadapi.
- 3) Faktor lingkungan tidak dapat diatasi.
- 4) Pola kebiasaan keluarga yang sudah berakar sehingga sulit menerima perubahan.

g. Metode penilaian :

- 1) Observasi langsung
Observasi memungkinkan perawat melihat kondisi atau perubahan perilaku klien/keluarga secara langsung sesuai dengan kondisi yang ada (Collier, D. (2018) misal; keadaan lingkungan rumah keluarga bersih, penataan perabotan teratur. Observasi memberikan data langsung yang dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan lebih lanjut bagi perawat. Ketika kekurangan atau kesalahan diidentifikasi, perawat dapat segera diberikan umpan balik untuk meningkatkan keterampilan atau perilaku keluarga.

2) Wawancara

Wawancara adalah metode evaluasi yang sering digunakan dalam asuhan keperawatan untuk menilai kondisi pasien, memahami kebutuhan individu, serta memantau perkembangan dan keberhasilan intervensi yang telah diterapkan. Efektivitas asuhan keperawatan tidak hanya diukur dari perubahan fisik, tetapi juga dari persepsi pasien terhadap kesejahteraan dan kualitas hidup mereka. Wawancara memungkinkan perawat untuk memahami bagaimana pasien menilai kemajuan kesehatan mereka, serta seberapa efektif intervensi yang diterima dalam meningkatkan kenyamanan dan mengurangi gejala.

Metode wawancara memungkinkan pendekatan yang holistik karena mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan tidak hanya bergantung pada parameter kesehatan objektif tetapi juga melibatkan aspek emosional dan sosial pasien yang berperan dalam proses penyembuhan.

3) Memeriksa laporan

Metode penilaian dengan memeriksa laporan perkembangan asuhan keperawatan adalah cara untuk mengevaluasi dan memantau kemajuan pasien dalam proses perawatan, berdasarkan dokumentasi yang telah dibuat oleh perawat. Laporan ini berfungsi untuk mencatat hasil asuhan keperawatan yang diberikan serta perkembangan kondisi pasien secara objektif.

Melalui metode ini, perawat dapat memastikan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan efektif dan tepat sasaran, serta mampu melakukan penyesuaian agar tercapai hasil yang optimal dalam pemulihan pasien.

4) Latihan stimulasi.

Metode latihan stimulasi adalah serangkaian kegiatan yang dirancang untuk merangsang atau memperkuat fungsi fisik, mental, atau emosional klien, dengan tujuan meningkatkan kemampuan atau keterampilan tertentu. Latihan stimulasi sering kali digunakan dalam konteks perkembangan anak, rehabilitasi fisik, atau peningkatan kinerja otak.

C. Latihan

1. "Rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab perawat.
Pernyataan tersebut sesuai dengan definisi asuhan keperawatan keluarga menurut?
A. WHO (2014)
B. Nasrul Efendi
C. Friedman
D. Depkes RI
E. Duvall

2. "Keluarga sebagai sistem yang terdiri dari anggota yang saling berkaitan, apabila terjadi perubahan/gangguan pada salah satu anggota keluarga dapat memengaruhi seluruh sistem keluarga".
Pernyataan ini sejalan dengan pendekatan teori?
A. *Family system Theory*
B. *Family Balance Theory*
C. *Family Developmental Model*
D. Model pengembangan keluarga
E. Teori keseimbangan dalam keluarga

3. Sebuah pendekatan yang dilakukan dengan menggabungkan pengetahuan dan bukti ilmiah terkini (hasil penelitian) untuk mendukung praktik perawatan yang efektif dan efisien bagi keluarga
Pernyataan tersebut adalah benar tentang definisi?
A. Kolaborasi
B. Interprofessional
C. Asuhan Keperawatan
D. *Evidence based Practice*
E. *Evidence based Family Nursing*

4. Perawat melakukan kunjungan rumah, terdapat seorang laki laki, umur 37 tahun, menikah 12 tahun yang lalu dan dikarunia 3 orang anak. Seluruh

anggota keluarga beragama islam. Ayah bekerja sebagai pedagang sayur keliling.

Apakah kategori data yang identifikasi oleh perawat?

- A. Data keluarga
- B. Stress dan koping
- C. Struktur Keluarga
- D. Fungsi keluarga
- E. Data Lingkungan

5. Seorang perawat melakukan pengkajian di sebuah rumah, perawat ingin mengetahui keadaan lingkungan dimana keluarga tinggal.

Apakah informasi lingkungan yang harus kaji perawat?

- A. Struktur nilai dan norma keluarga
- B. Struktur peran formal dan informal
- C. Pola dan proses komunikasi keluarga
- D. Struktur kekuasaan/kekuatan keluarga
- E. Karakteristik fisik tetangga dan komunitas

6. Seorang perawat sedang melakukan pengkajian tentang fungsi keluarga, perawat menanyakan tentang; perasaan saling memiliki, memperhatikan, kasih sayang, dan bagaimana keluarga melakukan pembinaan pendewasaan kepribadian anggota keluarga.

Apakah fungsi keluarga yang sedang dikaji oleh perawat?

- A. Biologis
- B. Sosialisasi
- C. Psikologis
- D. Pendidikan
- E. Perawatan

7. Saat kunjungan rumah, terdapat seorang laki – laki, umur 53 tahun. Mengeluh batuk berdahak lebih dari dua minggu, dahak sulit keluar dan klien mengeluh sesak nafas. Saat ditanya mengenai sakitnya, klien mengatakan tidak tahu nama sakitnya dan tidak tahu apa penyebabnya,

Apakah fungsi perawatan yang tidak bisa dilakukan keluarga?

- A. Mengenal masalah
- B. Mengambil Keputusan

- C. Merawat anggota keluarga yang sakit
 - D. Memodifikasi lingkungan
 - E. Memanfaatkan faskes
8. "Penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial".
Pernyataan tersebut adalah definisi tentang?
- A. Pengkajian
 - B. Diagnosis Keperawatan
 - C. Intervensi
 - D. Implementasi
 - E. Evaluasi
9. "Diagnosis keperawatan yang menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan".
Pernyataan di atas termasuk kategori diagnosis?
- A. Aktual
 - B. Risiko
 - C. Potensial
 - D. Promosi Kesehatan
 - E. Sindroma
10. "Diagnosis keperawatan yang menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan".
Pernyataan di atas termasuk kategori diagnosis?
- A. Aktual
 - B. Risiko
 - C. Potensial
 - D. Promosi Kesehatan
 - E. Sindroma
11. "Label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan".

Sesuai dengan komponen diagnosis keperawatan, pernyataan di atas termasuk komponen?

- A. Tanda gejala
- B. Factor risiko
- C. Diagnostic
- D. Penyebab
- E. Problem

12. Seorang perawat sedang melakukan penegakkan diagnosis keperawatan dengan kegiatan membandingkan data – data hasil pengkajian dengan nilai – nilai normal, kemudian mengidentifikasi tanda dan gejala yang bermakna dan dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar.

Apakah tahap yang dilakukan perawat?

- A. Pengkajian
- B. Analisa data
- C. Penilaian/skoring
- D. Menentukan tujuan
- E. Menentukan jenis kebutuhan

13. Tabel 3.1

Masalah dibuktikan dengan (dd) tanda dan gejala
--

Apakah tipe diagnosis keperawatan yang sesuai pada tabel 3.1?

- A. Aktual
- B. Risiko
- C. Potensial
- D. Promosi Kesehatan
- E. Sindroma

14. "Segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penialain klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan"

Pernyataan di atas adalah definisi dari?

- A. Pengkajian
- B. Diagnosis Keperawatan
- C. Intervensi

- D. Implementasi
- E. Evaluasi

15. Seorang perawat sedang menyusun rencana tindakan, perawat mempertimbangkan keluarga sebagai satu sistem yang saling berinteraksi, oleh karena itu saat menyusun intervensi tidak hanya mengatasi masalah individu tetapi juga mencakup semua anggota keluarga.

Apakah prinsip yang dijalankan perawat?

- A. Holistik
- B. Pemberdayaan keluarga
- C. Pendekatan berbasis bukti
- D. Meningkatkan ketrampilan
- E. Meningkatkan pengetahuan

16. Sebelum menentukan intervensi, perawat harus melakukan skoring, terdapat empat kriteria skoring diantaranya adalah; sifat masalah, apakah masalah dapat diubah, kemungkinan masalah dapat dicegah, dan menonjolnya masalah.

Apakah dasar untuk menentukan kriteria "kemungkinan masalah dapat dicegah"?

- A. kepelikan masalah
- B. Lamanya masalah yang dirasakan.
- C. Pengetahuan dan sumber daya keluarga.
- D. Persepsi keluarga dalam melihat masalah.
- E. Tindakan yang sedang atau telah dilakukan

17. Dalam menentukan prioritas masalah, perawat juga perlu mengetahui bagaimana cara keluarga melihat, menilai dan bagaimana persepsi keluarga terhadap masalah yang dihadapi.

Apakah kriteria yang sedang diidentifikasi perawat?

- A. Sifat masalah
- B. Menonjolnya masalah.
- C. Potensial masalah dapat dicegah.
- D. Kemungkinan masalah dapat diubah
- E. Tindakan yang sedang atau telah dilakukan

18. Seorang perawat sedang mengidentifikasi intervensi keperawatan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat, terdiri dari; Kebersihan diri dan Penyuluhan dan pembelajaran
Apakah jenis kategori intervensi yang sedang disusun perawat?
- A. Fisilogis
 - B. Psikologis
 - C. Perilaku
 - D. Relasional
 - E. Lingkungan
19. Seorang perawat melakukan edukasi kepada keluarga dengan memberikan informasi, gagasan, motivasi dan saran pada keluarga agar dapat menerapkan hisap sehat.
Apakah domain intervensi yang dilakukan perawat?
- A. Domaian psikomotor
 - B. Domain ketrampilan
 - C. Domaian kognitif
 - D. Domain perilaku
 - E. Domain sikap
20. Seorang perawat akan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
Apakah prinsip dalam melaksanakan implementasi?
- A. Dilakukan sesuai kemampuan perawat.
 - B. Pertimbangkan sumber pendukung keluarga.
 - C. Keluarga hanya sebagai penerima asuhan.
 - D. Implementasi diberikan pada keluarga tidak mampu
 - E. Perawat sebagai pengambil Keputusan.

KUNCI JAWABAN

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | A | : | WHO (2014) |
| 2 | A | : | <i>Family system Theory</i> |
| 3 | E | : | <i>Evidence based Family Nursing</i> |
| 4 | A | : | Data keluarga |
| 5 | E | : | Karakteristik fisik tetangga dan komunitas |
| 6 | C | : | Psikologis |

- 7 A : Mengenal masalah
- 8 B : Diagnosis Keperawatan
- 9 A : Aktual
- 10 B : Risiko
- 11 E : Problem
- 12 B : Analisa data
- 13 D : Promosi Kesehatan
- 14 C : Intervensi
- 15 A : Holistik
- 16 C : Pengetahuan dan sumber daya keluarga.
- 17 A : Sifat masalah
- 18 C : Perilaku
- 19 C : Domaian kognitif
- 20 B : Pertimbangkan sumber pendukung

D. Rangkuman Materi

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu bentuk praktek keperawatan profesional ditujukan pada keluarga baik sehat maupun sakit, dengan sehat dan mandiri sebagai tujuannya, yang dilakukan melalui pendekatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pengkajian merupakan langkah awal serangkaian proses asuhan keperawatan dimana kegiatannya berupa pengumpulan berbagai data dan informasi diperoleh melalui beberapa metode, yaitu; wawancara, observasi terhadap fasilitas yang ada di rumah dan lingkungan sekitar, pemeriksaan fisik head to toe terhadap seluruh anggota keluarga, dan data pendukung lain yang berkaitan dengan keluhan sakit.

Ketepatan merumuskan diagnosis keperawatan menjadi dasar bagi perawat dalam menentukan intervensi keperawatan. Formulasi diagnosis keperawatan yang tepat harus dapat menggambarkan masalah apa yang terjadi (dibuktikan dengan data mayor dan minor/ tanda dan gejala) termasuk faktor penyebab/etiologi.

Intervensi merupakan tahap lanjutan setelah perawat melakukan prioritas masalah, tujuan intervensi adalah membantu klien dan keluarga dalam mengatasi berbagai permasalahan kesehatan. Perawat bersama – sama dengan keluarga membuat dan menyusun berbagai rencana tindakan sesuai

dengan masalah yang dihadapi, dengan memperhatikan prinsip; Pendekatan holistik: Pemberdayaan keluarga: dan Pendekatan berbasis bukti.

Selama melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus bepegang pada prinsip bahwa implementasi harus; harus mengacu pada rencana keperawatan, memperhatikan prioritas masalah, Kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya tidak boleh diabaikan, dan melibatkan peran serta aktif seluruh anggota keluarga. Perawat perlu menilai keberhasilan tindakan dengan melihat respon klien/keluarga terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil sebuah keputusan tepat sebagai dasar melakukan tindakan selanjutnya.

E. Glosarium

Data mayor	:	Data mayor adalah data yang harus ada untuk merumuskan diagnosa keperawatan (minimal 1 data umum).
Data minor	:	Data minor adalah data yang boleh ada dan boleh tidak ada untuk merumuskan diagnosa keperawatan.
Domain intervensi	:	Ruang Lingkup Intervensi
Domain kognitif,	:	Ruang lingkup intervensi yang berfokus untuk meningkatkan pengetahuan
Domain affective	:	Ruang lingkup intervensi yang berfokus untuk meningkatkan sikap
Domain psikomotor	:	Ruang lingkup intervensi yang berfokus untuk meningkatkan ketrampilan
EBP	:	Evidence based practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu uptodate atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik .
Extended family	:	Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, anak-anak (baik yang sudah kawin atau belum), cucu, orang tua, mertua maupun kerabat-kerabat lain yang menjadi tanggungan kepala keluarga.
Edukasi	:	Segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan.
Genogram	:	Gambaran menyeluruh tentang hubungan dan informasi keluarga mulai dari tiga generasi

		terakhir yang mencakup nama, umur, status perkawinan, hubungan antara anggota keluarga, termasuk riwayat penyakit sebelumnya.
Head to Toe	:	Pemeriksaan esensial dari asuhan keperawatan, dimana pemeriksaan dilakukan dari kepala hingga kaki untuk menentukan status kesehatan klien dan mengidentifikasi masalah kesehatan
Holistik	:	Cara pandang yang menyeluruh atau secara keseluruhan.
Health Promotion	:	Segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi lingkungan
Keluarga komuni	:	Keluarga dengan lebih satu pasangan monogamy dengan anak-anak yang secara bersama-sama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pasangan yang sama.
Kualitas Hidup	:	Persepsi seseorang mengenai posisi mereka dalam konteks budaya kehidupan dan sistem nilai di mana mereka tinggal dan kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan keinginan mereka.
Kemandirian Keluarga	:	Sikap mental dalam hal berupaya meningkatkan kepedulian masyarakat dalam pembangunan, mendewasakan usia perkawinan, membina dan meningkatkan ketahanan keluarga, mengatur kelahiran dan mengembangkan kualitas dan kesejahteraan keluarga, berdasarkan kesadaran dan tanggung jawab.
Komunikasi tertutup	:	Komunikasi tidak jelas dan tidak langsung yang terjadi ketika kedua pesan dan si penerima tidak jelas. Dalam hubungan keluarga yang tidak sehat, komunikasi cenderung sangat tertutup dan tidak langsung
Komunikasi terbuka	:	Proses menyampaikan informasi dari satu individu ke individu lain secara terbuka dan tanpa rasa takut, serta memungkinkan pertukaran pendapat atau ide
Koping keluarga	:	Cara penyesuaian diri yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi perubahan yang diterima.
Mobilitas geografis keluarga	:	Pergerakan/perpindahan keluarga dari satu tempat ke tempat yang lain
Nuclear family	:	Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak kandung, anak angkat maupun adopsi yang belum kawin, atau ayah dengan anak-anak yang belum kawin, atau ibu dengan anak-anak yang belum kawin

Profesional	:	Memiliki tanggung jawab etika dan standar kinerja yang tinggi dalam melaksanakan pekerjaannya
Pemberdayaan keluarga	:	Proses pemberian pengetahuan, ketrampilan, dan sumber daya, agar dapat menjalankan peran sesuai fungsinya dan mengembangkan potensi – potensi secara maksimal sehingga terbentuk ketahanan keluarga.
Single parent,	:	Pria atau wanita dewasa yang membesarkan dan mengasuh anak tanpa keberadaan pasangan. Terjadinya perpisahan di dalam suatu keluarga, baik itu terjadi karena perceraian maupun karena meninggalnya salah satu orang tua membuat orang tua mereka singleparent(
SDKI	:	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	:	Standar Intervensi Keperawatan Keluarga

Daftar Pustaka

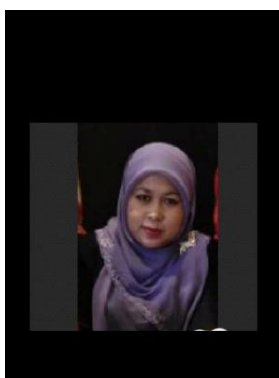
- Allen, Carol Vestal. (1998). Memahami Proses Keperawatan dengan Pendekatan Latihan. Jakarta: EGC
- Choi, J., et al. (2020). "Impact of Family-Focused Nursing Interventions on Chronic Disease Management."
- Collier, D. (2018). *Direct Observation in Nursing Practice: Best Practices for an Objective Evaluation*. Nursing Education Perspectives, 39(4), 205–210.
- Delmar, C. (2012). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Springer Publishing Company.
- Dewi, T. S., & Munandar, A. (2019). *Asuhan Keperawatan Profesional: Prinsip dan Praktik Klinis*. Jakarta: Gramedia.
- Fadhilah. N, Nuryati, E, Ardina. R. (2021) Asuhan Keperawatan Keluarga; Aplikasi Dalam Praktik (NIC NOC, SDKI, SIKI, SLKI). CV. Jakad Media Publishing; Surabaya.
- Fitzpatrick, J. J. (2018). *Nursing Concepts and Issues*. Springer.
- Friedman, M.M. (2010). Buku Ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori & Praktik (5th ed). EGC
- Hidayat AL (2022). Proses Keperawatan; Pendekatan NANDA, NIC, NOC, SDKI. Health Book Publishing. Surabaya
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Keperawatan Keluarga*.

- Liu, M., et al. (2018). "Educational Interventions for High-Risk Families in Disease Prevention."
- NANDA International. (2018). *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*. New York: Wiley.
- Nies, M.A., & McEweb, M. (2019). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga, edisi bahasa Indonesia (J. Sahar, A. Setiawan, & N.M Riasmini (eds); 1st ed). Elsevier
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier Health Sciences.
- PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. 2017. Standar Implementasi Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. 2017. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Rohman, A. (2017). *Dasar-dasar Keperawatan: Konsep dan Praktik Keperawatan*.
- Sahar, J., Setiawan, A. & Riasmini, N. (2019). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Elsevier Singapore
- Suyanto, S. (2012). *Pendidikan Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Salemba Medika.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2015). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Care*. Lippincott Williams & Wilkins.

PROFIL PENULIS



Nur Fadhilah, M.Kes., Ph.D. lahir di Gisting Kabupaten Tanggamus, 20 Juli 1975 dari seorang ayah bernama **Khozin Abdullah** dan ibu **Fairah Marhamah**. Menikah dengan **M.Yusup** dan dikarunia 2 orang putra (**M. Haeqal Phasa & M. Zidane Al Ghifarry**) dan seorang putri (**Keysha Yasmine Asshafira**). Pendidikan terakhir S3 diselesaikan di Mahsa University Malaysia tahun 2023. Kariernya dimulai pada tahun 2008 sebagai perawat pelaksana di RSUAM Propinsi Lampung, di tahun yang sama penulis bekerja di Universitas Muhammadiyah Pringsewu Lampung. Aktif sebagai dosen pengajar pada tahun 2000 sampai dengan sekarang dengan kekhususan Mata Kuliah; Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga Promosi Kesehatan, dan Metode Penelitian. Sebagai bentuk dedikasi penulis dalam dunia pendidikan, penulis telah menghasilkan berbagai buku dan karya ilmiah, dan kepada masyarakat penulis mengabdikan diri dalam program penanggulangan TBC berkoordinasi dengan pemerintah daerah setempat. Saat ini penulis menjabat sebagai Wakil Ketua Bidang Pendidikan dan Pelatihan PPNI Kabupaten Pringsewu, ketua Majelis Kesehatan PDA Kota Bandar Lampung, dan diberikan amanah sebagai Koordinator Indonesia Ramah Lansia (IRL) Kota Bandar Lampung, sebagai anggota MPKSDU PWM Lampung. Berbagai penghargaan sebagai dosen terbaik tingkat propinsi dan Nasional pernah diraih, dan tahun 2024 terpilih sebagai sosok inspiratif tingkat Propinsi. *"Don't stop when you're tired, stop when you're done"*



Ns. Lilis Yuliarsih, M.Kep. Lahir di Kuningan, 18 Juni 1976. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan, tahun 2011. Dan pendidikan Profesi Ners pada tahun 2014. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Muhammadiyah Jakarta dan lulus tahun pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2019 bekerja di AKPER Buntet Pesantren Cirebon sampai dengan tahun 2022. Saat ini penulis bekerja di Universitas Bhakti Husada Indonesia mengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga dan Komunitas.

Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: lilisyuliarsih@gmail.com

SINOPSIS BUKU

Keluarga digambarkan sebagai sebuah sistem yang beroperasi dalam jaringan sosial yang lebih luas di masyarakat, memengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya. Sebagai sistem yang hidup, keluarga terus berkembang dan beradaptasi sesuai dengan perkembangan zaman dan dinamika sosial yang ada. Merespon fenomena tersebut, perawat memiliki peran penting untuk membantu keluarga dengan memberikan pelayanan kesehatan yang holistik dan komprehensif sehingga dapat mencapai kesejahteraan, kesehatan optimal, dan kemandirian.

Mewujudkan keluarga yang mandiri bukan pekerjaan mudah, perawat sebagai bagian dari pemberi layanan, diharuskan memiliki sejumlah kompetensi (peran) sebagai dasar untuk membangun hubungan terapeutik dengan keluarga, mengelola konflik dalam keluarga terkait kesehatan, dan memberikan dukungan yang berkelanjutan bagi kesejahteraan keluarga.

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga tidak hanya berfokus pada individu yang sakit, tetapi juga mencakup pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan pemulihan yang melibatkan seluruh anggota keluarga.

Oleh karena itu pemahaman perawat tentang asuhan keperawatan keluarga, berbagai teori dan model keperawatan keluarga menjadi modal utama dalam melaksanakan perannya sebagai Pengelolaan kasus. Kami yakin bahwa buku ini sangat relevan bagi mahasiswa keperawatan, praktisi perawat, serta tenaga kesehatan lain yang ingin memahami lebih mendalam konsep keperawatan keluarga dan mengaplikasikannya dalam lingkungan kerja, maupun di institusi pendidikan.

Keluarga digambarkan sebagai sebuah sistem yang beroperasi dalam jaringan sosial yang lebih luas di masyarakat, memengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya. Sebagai sistem yang hidup, keluarga terus berkembang dan beradaptasi sesuai dengan perkembangan zaman dan dinamika sosial yang ada. Merespon fenomena tersebut, perawat memiliki peran penting untuk membantu keluarga dengan memberikan pelayanan kesehatan yang holistik dan komprehensif sehingga dapat mencapai kesejahteraan, kesehatan optimal, dan kemandirian.

Mewujudkan keluarga yang mandiri bukan pekerjaan mudah, perawat sebagai bagian dari pemberi layanan, diharuskan memiliki sejumlah kompetensi (peran) sebagai dasar untuk membangun hubungan terapeutik dengan keluarga, mengelola konflik dalam keluarga terkait kesehatan, dan memberikan dukungan yang berkelanjutan bagi kesejahteraan keluarga.

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga tidak hanya berfokus pada individu yang sakit, tetapi juga mencakup pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan pemulihan yang melibatkan seluruh anggota keluarga.

Oleh karena itu pemahaman perawat tentang asuhan keperawatan keluarga, berbagai teori dan model keperawatan keluarga menjadi modal utama dalam melaksanakan perannya sebagai Pengelolaan kasus. Kami yakin bahwa buku ini sangat relevan bagi mahasiswa keperawatan, praktisi perawat, serta tenaga kesehatan lain yang ingin memahami lebih mendalam konsep keperawatan keluarga dan mengaplikasikannya dalam lingkungan kerja, maupun di institusi pendidikan.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8775-72-9

