



...

KEPERAWATAN KELUARGA

**Dewi Rury Arindari, Iskandar Zulkarnaen,
Ani Nuraeni, Asriani Bahar, Teti Rahmawati,
Yanti Mustarin, Sherli Mariance Sari, Dona Sartika,
Tini, Yunita Suriani Suardi**



...

ISBN 978-623-198-682-5



9 786231 986825

KEPERAWATAN KELUARGA

**Dewi Rury Arindari
Iskandar Zulkarnaen
Ani Nuraeni
Asriani Bahar
Teti Rahmawati
Yanti Mustarin
Sherli Mariance Sari
Dona Sartika
Tini
Yunita Suriani Suardi**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN KELUARGA

Penulis :

Dewi Rury Arindari
Iskandar Zulkarnaen
Ani Nuraeni
Asriani Bahar
Teti Rahmawati
Yanti Mustarin
Sherli Mariance Sari
Dona Sartika
Tini
Yunita Suriani Suardi

ISBN : 978-623-198-682-5

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan Pertama, 9 September 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Keperawatan Keluarga ini.

Buku ini membahas Pengantar dan Tujuan Keperawatan Keluarga, Peran Perawat dalam Keperawatan Keluarga, Intervensi Keperawatan Keluarga, Komunikasi Dalam Keperawatan Keluarga, Edukasi Keluarga Dalam Keperawatan Keluarga, Etika Dalam Keperawatan Keluarga, Proses Keperawatan Keluarga Pada Balita dan Ibu Hamil, Proses Keperawatan Keluarga Pada Anak Remaja dan Anak Sekolah, Proses Keperawatan Keluarga Pada Lansia, Perawatan Pada Keluarga dengan Masalah Psikososial.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 9 September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 PENGANTAR DAN TUJUAN KEPERAWATAN	
KELUARGA	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Definisi Keperawatan Keluarga	1
1.3 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga	2
1.4 Sasaran Keperawatan Keluarga	3
1.6 Prinsip-Prinsip Keperawatan Keluarga	4
1.7 Asumsi Keperawatan Keluarga	5
1.8 Peran Perawat Keluarga	6
1.9 Tujuan Keperawatan Keluarga	9
1.10 Praktik Pelayanan Keperawatan Keluarga	10
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 PERAN PERAWAT	13
2.1 Pendahuluan	13
2.2 Peran Perawat keluarga	14
2.2.1 Sebagai Pendidik	14
2.2.2 Sebagai Koordinator	15
2.2.3 Sebagai Pelaksana	16
2.2.4 Sebagai Pengawas Kesehatan	17
2.2.5 Sebagai Konsultan	18
2.2.6 Sebagai Kolaborator	19
2.2.7 Sebagai Fasilitator	20
2.2.8 Sebagai Peneliti	20
2.2.9 Sebagai Advokat	21
2.2.10 Sebagai Pengubah/ Modifikasi Lingkungan	22
2.2.11 Sebagai Clarifier dan Interpreter	23
2.2.12 Sebagai Pengganti	23
2.2.13 Manajer Kasus	23

DAFTAR PUSTAKA	24
BAB 3 INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA	25
3.1 Pendahuluan.....	25
3.2 Pengertian Intervensi Keperawatan.....	26
3.3 Skoring/Penapisan Masalah	27
3.4 Perumusan Tujuan.....	31
3.5 Penyusunan Rencana Tindakan.....	32
3.6 Jenis Intervensi Keperawatan Keluarga	34
DAFTAR PUSTAKA	39
BAB 4 KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN	
KELUARGA.....	41
4.1 Pendahuluan.....	41
4.2 Tujuan Komunikasi dalam Keperawatan Keluarga	43
4.2.1 Mampu memahami perilaku orang lain.....	43
4.2.2 Memahami perilaku setuju atau tidak setuju	43
4.2.3 Perlunya memuji pasien	44
4.2.4 Membangun hubungan pribadi yang baik	44
4.2.5 Memperoleh informasi tentang situasi atau hubungan tertentu	44
4.2.6 Menentukan kemampuan.....	44
4.2.7 Mempelajari pola kesehatan.....	45
4.2.8 Memotivasi untuk bertindak	45
4.2.6 Memberikan nasehat.....	45
4.3 Komunikasi dalam keperawatan keluarga mencakup berbagai aspek, antara lain:.....	45
4.3.1 Mendengarkan	45
4.3.2 Memberikan informasi.....	46
4.3.3 Pengambilan keputusan.....	46
4.3.4 Memberikan dukungan emosional	46
4.4 Bentuk/Jenis Komunikasi dalam Keperawatan Keluarga.....	46
4.4.1 Komunikasi verbal dengan kata-kata	46
4.4.2 Komunikasi nonverbal	48

4.5 Hambatan Komunikasi dalam Keperawatan	
Keluarga	48
4.5.1 Konflik peran.....	48
4.5.2 Faktor demografi keluarga	49
4.5.3 Kesalahpahaman.....	50
4.6 Penutup.....	51
DAFTAR PUSTAKA.....	52
BAB 5 PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM	
KEPERAWATAN KELUARGA.....	55
5.1 Pendahuluan	55
5.2 Pengertian Promosi Kesehatan.....	56
5.3 Metode Pendidikan Kesehatan Keluarga.....	57
5.3.1 Pengetian	57
5.3.2 Tujuan Pemilihan Metode Pendidikan Kesehatan.....	57
5.2.3 Jenis Metode Pendidikan Kesehatan	58
5.2.4 Macam-Macam Metode Pendidikan Kesehatan	59
5.4 Media Pendidikan Kesehatan Keluarga.....	67
5.4.1 Pengertian.....	67
5.4.2 Jenis- Jenis Media Pendidikan Kesehatan.....	68
DAFTAR PUSTAKA.....	70
BAB 6 ETIKA DALAM KEPERAWATAN KELUARGA	71
6.1 Pendahuluan	71
6.2 Konsep Dasar Etika dalam Keperawatan Keluarga	71
6.2.1 Pengertian Etika dalam Keperawatan Keluarga	72
6.2.2 Prinsip-prinsip Etika dalam Keperawatan	
Keluarga.....	72
6.3 Isu Etika dalam Keperawatan Keluarga	75
6.4 Refleksi Etika dalam Keperawatan Keluarga	76
6.5 Pelaksanaan etika dalam keperawatan keluarga.....	77
6.6 Hambatan dalam pelaksanaan etika dalam	
keperawatan keluarga.....	79
6.7 Akibat jika etika dalam keperawatan keluarga	
tidak dilaksanakan/diterapkan.....	81

DAFTAR PUSTAKA	83
BAB 7 PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA	
BALITA DAN IBU HAMIL	85
7.1 Tahap Keluarga Yang Memiliki Balita.....	85
7.1.1 Pengertian Balita	85
7.1.2 Tugas Perkembangan Anak Balita.....	85
7.1.3 Tahapan pertumbuhan dan perkembangan pada usia 1-5 tahun	86
7.1.4 Hal – Hal Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang.....	94
7.1.5 Faktor Prenatal, Individu dan Pengasuh	98
7.1.6 Lingkungan	99
7.1.7 Pengaruh kebudayaan.....	100
7.1.8 Pertemanan	101
7.1.9 Suhu	102
7.2 Tugas Perkembangan keluarga dengan anak balita.....	104
7.3 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan anak Usia Balita	105
7.3.1 Pengkajian	105
7.3.2 Diagnosa keperawatan Keluarga.....	106
7.3.3 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	109
7.4 Konsep Keluarga Dengan Ibu Hamil.....	111
7.4.1 Pengertian.....	111
7.2.2 Kebutuhan fisik ibu hamil.....	111
7.5 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Ibu Hamil.....	114
7.5.1 Pengkajian	114
7.5.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan Keluarga	115
7.6 Intervensi Keperawatan Keluarga	118
DAFTAR PUSTAKA	121
BAB 8 PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA	
ANAK REMAJA DAN ANAK USIA SEKOLAH.....	123
8.1 Pendahuluan.....	123

8.2 Proses Keperawatan Keluarga	125
8.2.1 Tahap Perkembangan Keluarga dengan Anak	
Remaja	125
8.2.2 Tahap Perkembangan Keluarga dengan Anak	
Usia Sekolah	125
8.2.3 Asuhan Keperawatan Keluarga	125
DAFTAR PUSTAKA.....	138
BAB 9 PROSES KEPERAWATAN KELUARGA	
PADA LANSIA.....	139
9.1 Konsep Lansia	139
9.2 Batasan Usia Lansia	140
9.3 Perubahan pada Lansia.....	141
9.4 Keperawatan Lansia dalam Keluarga.....	145
9.4.1 Definisi Keluarga	145
9.4.2 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga	146
9.4.3 Tujuan Keperawatan Lansia di Keluarga	150
9.4.4 Tugas Kesehatan Keluarga pada Lansia	150
9.4.5 Pelayanan Lansia dalam Keluarga	151
9.5 Proses Keperawatan Keluarga pada Lansia	152
9.5.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga	152
9.5.2 Diagnosa Keperawatan	156
9.5.3 Perencanaan Keperawatan	157
9.5.4 Implementasi	169
9.5.5 Evaluasi	169
DAFTAR PUSTAKA.....	170
BAB 10 PERAWATAN PADA KELUARGA DENGAN	
MASALAH PSIKOSOSIAL	173
10.1 Pendahuluan	173
10.2 Definisi Keluarga dengan Masalah Psikososial	173
10.3 Strategi Perawatan pada Keluarga dengan	
Masalah Psikososial.....	175
10.3.1 Masalah psikososial yang dapat terjadi	
dalam keluarga.....	176

10.3.2 Cara mengatasi masalah psikososial dalam keluarga.....	177
10.3.3 Pengkajian Keluarga dengan Masalah Psikososial.....	180
10.3.4 Penatalaksanaan Keperawatan dengan masalah psikososial dalam keluarga.....	188
DAFTAR PUSTAKA	190
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Skala Penentuan Prioritas Masalah	27
Tabel 7.1. Perhitungan Prioritas Masalah	108
Tabel 7.2. Perhitungan Prioritas Masalah	117
Tabel 8.1. Daftar Diagnosis Keperawatan Keluarga	128
Tabel 8.2. Perencanaan Keperawatan Keluarga.....	133
Tabel 9.1. Perubahan pada Lansia	142
Tabel 9.2. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga	146
Tabel 9.3. Data Pengkajian Keperawatan Keluarga.....	152
Tabel 9.4. Penentuan Prioritas Masalah.....	158
Tabel 9.5. Bentuk Penyusunan Rencana Keperawatan.....	159

BAB 1

PENGANTAR DAN TUJUAN KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Dewi Rury Arindari

1.1 Pendahuluan

Konsep keperawatan merujuk pada definisi menurut lokakarya mini (1983), merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang terintegral diberikan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik dalam kondisi sehat atau sakit. Kesehatan setiap anggota keluarga menunjukkan kualitas kehidupan keluarga tersebut secara keseluruhan. Keluarga adalah suatu unit terkecil di dalam masyarakat yang memiliki peranan yang sangat signifikan dalam menentukan keberhasilan proses asuhan keperawatan. Keluarga menempati posisi diantara individu dan masyarakat, sehingga proses keperawatan yang tepat dan benar yang diberikan oleh perawat tentunya akan memberikan manfaat dari 2 aspek yaitu pemenuhan kebutuhan dari sisi individu sendiri dan kebutuhan dari aspek masyarakat (Effendi, 2013).

1.2 Definisi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga didefinisikan sebagai suatu bentuk proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi keperawatan yang diberikan kepada keluarga akibat dari ketidakmampuan keluarga dalam melakukan salah satu atau lebih tugas keluarga di bidang kesehatan. Perawatan kesehatan keluarga

merupakan suatu level perawatan yang difokuskan pada keluarga sebagai unit yang dirawat melalui pengobatan (Kesuma, 2023).

Pendapat lain menjelaskan bahwa perawatan kesehatan keluarga merupakan suatu tingkatan perawatan kesehatan kepada keluarga sebagai satu kesatuan yang bertujuan mencapai status sehat dari masing-masing anggota keluarga (Jhonson, 2010).

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan guna membantu keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Padila, 2012).

Berdasarkan tiga definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa keperawatan keluarga merupakan proses rangkaian kegiatan asuhan keperawatan yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga sebagai satu kesatuan untuk mencapai status kesehatan optimal melalui upaya peningkatan kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas keluarga di bidang kesehatan.

1.3 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga memberikan ruang lingkup dalam spektrum yang cukup luas karena mencakup seluruh agregat dan siklus kehidupan mulai dari pediatrik sampai dengan geriatri dengan *setting* pelayanan keperawatan di klinik sampai dengan komunitas rawat jalan, kelompok sehat maupun sakit (Harwijayanti, 2022).

Menurut (White, 2002) dalam (Bakri, 2019) dan (Harwijayanti, 2022), ruang lingkup keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Segala penyakit yang secara langsung maupun tidak langsung memiliki dampak mengganggu anggota keluarga, terutama penyakit kronis;
2. Situasi dimana anggota keluarga mungkin berkontribusi pada gejala atau masalah yang sedang dialami oleh salah satu anggota keluarga seperti anoreksia, dan sebagainya;
3. Keadaan dimana penyakit dari salah satu anggota keluarga mempengaruhi gejala yang dialami oleh anggota keluarga yang lain baik terjadi peningkatan atau penurunan, seperti adanya gangguan terhadap fungsi ekonomi dimana kepala keluarga yang seharusnya mencari nafkah lumpuh karena kecelakaan harus digantikan peran oleh istrinya;
4. Gejala pada orang tua dengan penyakit kronis yang mungkin dapat menurun pada anaknya;
5. Kegagalan melakukan transisi perkembangan yang normal;
6. Mengatur transisi terkait penyakit atau tempat perawatan;
7. Mengurus bagian tertentu, jika ada anggota keluarga yang meninggal.

1.4 Sasaran Keperawatan Keluarga

Menurut (Fabanyo, 2023), sasaran keperawatan keluarga dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Keluarga sehat merupakan sekelompok individu yang tinggal bersama dan memiliki ikatan darah atau pernikahan dimana status kesehatan dari masing-masing individu selanjutnya disebut anggota keluarga terbebas dari masalah kesehatan namun tetap harus mendapat perhatian agar tetap berada pada kondisi kesehatan optimal;
2. Keluarga resiko tinggi yaitu sekelompok individu yang tinggal bersama dan memiliki ikatan darah atau pernikahan dimana

satu atau lebih anggota keluarganya memerlukan perhatian dan penyesuaian khusus karena memiliki faktor resiko terjadinya masalah kesehatan.

3. Keluarga yang memerlukan tindak lanjut yaitu suatu kondisi dimana anggota keluarga memerlukan perawatan lanjutan dari pelayanan keperawatan atau kesehatan karena menderita gangguan kesehatan, seperti penyakit kronis dan terminal maupun penyakit degeneratif.

1.1 Fungsi Keperawatan Keluarga

Menurut (Bakri, 2019) dan (Fabanyo, 2023), beberapa fungsi dari keperawatan keluarga dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Observasi kepada klien;
2. Tindakan perawatan;
3. Tindakan pengobatan;
4. Pencatatan;
5. Penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan.

1.6 Prinsip-Prinsip Keperawatan Keluarga

Proses asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan oleh seorang perawat keluarga seharusnya memperhatikan beberapa prinsip yang harus diperhatikan dan dipahami oleh perawat keluarga yaitu:

1. Keluarga adalah suatu kesatuan masalah kesehatan dari setiap anggota keluarga bukan hanya berfokus pada satu individu melainkan dari seluruh anggota keluarga dalam pelayanan kesehatan.
2. Masalah yang timbul disebabkan oleh ketidakmampuan keluarga dalam melakukan 5 tugas keluarga di bidang kesehatan.
3. Tujuan utama dalam memberikan asuhan keperawatan adalah sehat dengan kemandirian yang dimiliki keluarga

melalui askep sebagai sarana pencapaian peningkatan kesehatan keluarga.

4. Proses asuhan keperawatan keluarga memerlukan partisipasi, keterlibatan dan peran serta aktif dari keluarga dalam menentukan dan merumuskan masalah kesehatan keluarga berdasarkan kebutuhan keluarga. Hal ini dimaksudkan agar keluarga sadar dan kenal akan masalah kesehatan yang sedang dihadapi sehingga keluarga dapat mandiri dan bertanggungjawab secara penuh dalam pelaksanaan implementasi kelak.
5. Adapun bentuk implementasi keperawatan yang dilakukan berfokus pada kegiatan promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Penyuluhan kesehatan dan asuhan keperawatan kesehatan dasar di rumah menjadi prioritas dalam tindakan keperawatan.
6. Mengoptimalkan sumber daya yang ada di lingkungan keluarga baik itu sumber daya manusia, alam atau lainnya yang telah tersedia di lingkungan keluarga untuk memudahkan keluarga dalam menjangkau pelayanan kesehatan atau asuhan keperawatan yang akan diberikan.
7. Pendekatan pemecahan masalah kesehatan untuk mencari solusi terhadap setiap permasalahan digunakan dalam proses asuhan keperawatan keluarga.

(Kesuma, 2023)

1.7 Asumsi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga memiliki 3 asumsi dasar yang mendukung perawatan anggota keluarga yang sedang mengalami masalah kesehatan meliputi: keterkaitan kesehatan dan penyakit klien sebagai individu dapat mempengaruhi seluruh anggota keluarga, terjadi dalam konteks keluarga yang merupakan satu kesatuan unit dan peran penting keluarga dalam proses dan hasil perawatan kesehatan. Pola interaksi keluarga dapat

mempengaruhi struktur, peran dan fungsi keluarga tersebut (Harwijayanti, 2022).

1.8 Peran Perawat Keluarga

Perawat keluarga menjadi penting karena peran sebagai garda terdepan. Beberapa peran perawat keluarga antara lain:

1. *Educator*

Perawat berperan dalam menyampaikan informasi berkenaan dengan kasus dan kesehatan keluarga. Perawat melakukan aktivitas pembelajaran dalam keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan keperawatan keluarga secara mandiri dan dapat bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga (Bakri, 2019).

Perawat juga memiliki peran dalam mengubah perilaku keluarga yang tidak sehat menjadi perilaku yang sehat melalui pemberian pendidikan kesehatan/ penyuluhan kepada anggota keluarga yang memiliki resiko tinggi sebagai bentuk upaya preventif dan promotif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitative (Kesuma, 2023).

2. *Coordinator*

Perawat keluarga mengatur program kegiatan atau terapi pelayanan kesehatan dan keperawatan agar tidak terjadi tumpang tindih dan pengulangan serta memudahkan jalannya perawatan. Sehingga tindakan/ implementasi kegiatan yang dilaksanakan tepat sasaran dan berdaya guna secara efektif dan efisien (Bakri, 2019).

3. *Care Provider*

Perawat memberikan perawatan secara langsung kepada klien sebagai upaya kuratif dan mendemonstrasikan kepada keluarga asuhan keperawatan yang diberikan dengan harapan anggota keluarga yang sehat dapat melakukan asuhan

langsung kepada anggota keluarga yang sedang sakit atau apabila masalah kesehatan yang sama di kemudian hari, maka diharapkan keluarga dapat memberikan penanggulangan pertama dan dasar pada keluarga (Bakri, 2019).

4. *Supervisor*

Perawat keluarga melakukan kunjungan rumah/ *home visited* secara teratur untuk mengontrol kondisi kesehatan klien dalam hal ini yaitu anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan). Perawat melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga dan menyampaikan informasi yang masih perlu disampaikan (Bakri, 2019). Selama melakukan home visit, perawat keluarga juga menjalankan perannya sebagai pengenalan atau pengamat masalah kebutuhan keluarga (Kesuma, 2023).

5. *Consultant*

Perawat keluarga memiliki peran sebagai narasumber atas pertanyaan permasalahan yang dihadapi baik dari keluarga maupun klien. Perawat harus mampu bersikap terbuka dan dapat dipercaya (Bakri, 2019).

Perawat juga berperan dalam mengatur dan membantu segala sesuatu terkait dengan peningkatan akses keluarga terhadap layanan kesehatan dan sosial (Harwijayanti, 2022).

6. *Collaborator*

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bekerjasama dan memiliki jejaring dengan perawat lain atau tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan baik di puskesmas, klinik, rumah sakit atau di lingkungan masyarakat untuk mengantisipasi kejadian yang mungkin terjadi. Kerjasama lintas sektoral ini juga dapat

menunjang keberhasilan dari keberlangsungan program kesehatan yang sedang dijalankan.

7. *Fasilitator*

Perawat wajib mengetahui sistem layanan kesehatan seperti sistem rujukan, biaya kesehatan, fasilitas kesehatan lainnya agar perawat dapat menjadi fasilitator yang baik (Bakri, 2019). Perawat keluarga menjalankan peran dalam mempermudah akses pelayanan kesehatan, mengakumulasi semua permasalahan dan mencari solusi atas setiap permasalahan yang dihadapi keluarga (Kesuma, 2023).

8. *Researcher*

Perawat berperan dalam mengidentifikasi setiap kasus yang terjadi dan menganalisa kejadian tersebut. Perawat mengumpulkan data-data berupa temuan yang terjadi untuk selanjutnya dilakukan penelitian terhadap kasus tersebut sehingga temuan-temuan ini dapat diantisipasi secara dini agar tidak terjadi keparahan dan komplikasi lebih lanjut dan tidak menjadi wabah. *Trend evidenced based practice* juga menjadi alasan penting bagi perawat keluarga untuk melakukan penelitian lebih banyak agar implementasi keperawatan sesuai dan mengikuti tuntutan perkembangan zaman.

9. *Conselour*

Perawat keluarga memberikan layanan terapeutik yang dapat membantu keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki dan tersedia di lingkungan keluarga.

10. *Advocator*

Perawat keluarga mendukung dan mewakili keluarga dalam menghadapi masalah yang sedang dihadapi keluarga meliputi keamanan dan akses pada layanan kesehatan

11. *Modifikasi Lingkungan*

Perawat keluarga hendaknya memiliki peran dan kemampuan dalam memodifikasi lingkungan yang mungkin menjadi salah satu penyebab dari timbulnya penyakit. Oleh karena itu *critical thinking* perawat keluarga dalam memaksimalkan implementasi keperawatan dengan memodifikasi tindakan sesuai kondisi dan situasi klien serta perkembangan *trend* diharapkan berguna dalam menciptakan lingkungan yang sehat (Bakri, 2019).

1.9 Tujuan Keperawatan Keluarga

Menurut (White, 2002) dalam (Bakri, 2019), keperawatan keluarga bertujuan untuk mempromosikan, mempertahankan, dan merehabilitasi kesehatan keluarga sehingga wajib memperhatikan interaksi antar anggota keluarga, keluarga lain maupun masyarakat di sekitar lingkungan keluarga tersebut tinggal. Keperawatan keluarga bertujuan agar perawat dapat bekerja sama dengan semua jenis keluarga termasuk seluruh anggota keluarganya untuk mengurangi faktor risiko melalui upaya pencegahan, meningkatkan kesehatan dan memperkuat perawatan diri dengan meningkatkan keterampilan keluarga dalam manajemen koping keluarga terhadap stressor yang sedang atau akan dihadapi keluarga (Harwijayanti, 2022).

Tujuan keperawatan keluarga sendiri dibagi menjadi 2 yaitu secara umum untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menjaga dan memelihara kesehatan keluarga yang menjadi indikator tingkat kualitas kesehatan yang dimiliki keluarga tersebut (Bakri, 2019). Pun secara global, keperawatan keluarga

berupaya untuk mengoptimalkan fungsi keluarga agar dapat mengatasi dan mempertahankan status kesehatan setiap anggota keluarganya (Harwijayanti, 2022). Sedangkan secara khusus bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam melakukan tugas dibidang kesehatan meliputi identifikasi masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga, menanggulangi masalah kesehatan dasar keluarga dan memberikan asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan sehat bagi keluarga baik fisik, psiko, sosial, spiritual dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu juga diharapkan keluarga dapat meningkatkan produktivitas keluarga yang akan selaras dengan peningkatan mutu hidup keluarga tersebut (Bakri, 2019).

Selain itu keperawatan keluarga juga bertujuan untuk membantu keluarga memperoleh layanan keperawatan sesuai kebutuhan sehingga fungsi keluarga tersebut dapat menjadi maksimal dalam upaya implementasi asuhan keperawatan dan peningkatan derajat kesehatan keluarga (Harwijayanti, 2022).

1.10 Praktik Pelayanan Keperawatan Keluarga

Beberapa karakteristik dalam pelaksanaan praktik keperawatan keluarga:

1. Pengenalan dan integrasi konsep keluarga;
2. Aplikasi perspektif yang lebih luas melalui upaya pengkajian keluarga;
3. Fokus pada interaksi dan dinamika keluarga;
4. Melibatkan anggota keluarga dalam melakukan proses asuhan keperawatan terutama dalam mengambil keputusan dan pemberian asuhan;
5. Faktor peningkatan perkembangan keperawatan keluarga terutama terhadap kebutuhan promosi kesehatan secara praktis bukan pada upaya kuratif;

6. Peningkatan populasi lansia, pergeseran tren dan isu penyakit tidak menular serta penyakit kronik;
7. Berkembangnya kesadaran keluarga untuk lebih memperhatikan masalah keluarga di komunitas;
8. Penerimaan teori yang didasarkan pada sasaran keluarga;
9. Terapi keluarga dan perkawinan beralih menjadi pedoman klinik dan layanan anak, perkawinan dan keluarga;
10. Peningkatan jumlah penelitian dengan topik masalah keperawatan yang ditemukan pada lingkungan keluarga.

Sedangkan tingkatan praktik keperawatan keluarga meliputi:

1. Tingkat 1: keluarga sebagai konteks
Asuhan keperawatan berfokus pada anggota keluarga sebagai individu sedangkan keluarga nya sendiri menjadi fokus sekunder atau latar belakang dan sumber dukungan utama.
2. Tingkatan II: keluarga sebagai penjumlahan anggotanya
Asuhan keperawatan diberikan pada seluruh atau sekumpulan anggota keluarga dan model ini secara implisit dalam keperawatan kesehatan komunitas.
3. Tingkatan III: subsistem keluarga sebagai klien
Asuhan keperawatan keluarga berfokus pada subsistem yang menjadi unit analisa dan asuhan baik keluarga inti, keluarga besar dan tipe keluarga lainnya.
4. Tingkatan IV: keluarga sebagai klien
Asuhan keperawatan berfokus pada keluarga sebagai sistem yang saling berinteraksi sedangkan anggota keluarga lainnya menjadi latar belakang.(Fau, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Bakri, M. 2019. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Mahardika.
- Effendi, F. 2013. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fabanyo, R.A. dkk. 2023. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Family Nursing Care)*. Pekalongan: PT Nasya Expanding Management.
- Fau, P.& S. 2021. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Teori dan Aplikasi*. Lombok Tengah: Pusat Pengembangan Pendidikan dan Penelitian Indonesia.
- Harwijayanti, B.P. dkk. 2022. *Keperawatan Keluarga*. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Jhonson, L.& L.R. 2010. *Keperawatan Keluarga Plus Contoh Askep Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kesuma, S.I. dkk. 2023. *Keperawatan Keluarga*. Indramayu: Adab.
- Padila. 2012. *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga dilengkapi Aplikasi Kasus Askep Keluarga Terapi Herbal dan Terapi Modalitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- White, D. 2002. *Explorations in Family Nursing*. London: Routledge.

BAB 2

PERAN PERAWAT

Oleh Iskandar Zulkarnaen

2.1 Pendahuluan

Peran perawat perawatan kesehatan keluarga berkembang seiring spesialisasi. Perawat ditantang di praktiknya untuk menjaga agar tidak membuat asumsi berdasarkan teori dan keyakinan pribadi, dan menjaga agar tidak secara sadar membandingkan keluarga yang mereka tangani dengan keluarga mereka sendiri. Ketika perawat bekerja dari perspektif pengalaman pribadi, pandangan mereka terhadap keluarga menjadi terbatas, dan cara-cara untuk membantu keluarga menjadi terbatas. Keluarga adalah unit dasar dari setiap masyarakat, tetapi juga benar bahwa keluarga adalah kompleks, variatif, dinamis, serta adaptif, karenanya sangat penting untuk seluruh perawat punya pengetahuan disiplin ilmu keperawatan keluarga, serta beragam cara perawat melakukan interaksi dengan keluarga. Lingkungan pelayanan kesehatan mempengaruhi peran yang diambil oleh perawat dengan keluarga (Sherly, 2005).

Setiap pengaturan perawatan kesehatan mempengaruhi peran yang diasumsikan perawat dengan keluarga, dan banyak dari peran ini dapat terjadi di pengaturan yang sama juga. Adapun peran perawat sebagai berikut:

2.2 Peran Perawat keluarga

Setiap pengaturan perawatan kesehatan mempengaruhi peran yang diasumsikan perawat dengan keluarga, dan banyak dari peran ini dapat terjadi di pengaturan yang sama juga. Adapun peran perawat sebagai berikut:

2.2.1 Sebagai Pendidik

Peran utama perawat keluarga yakni memberi informasi terkait kasus spesifik dan kesehatan keluarga secara umum. Untuk itu, perawat melakukan kegiatan belajar di rumah. begini caranya:

1. Keluarga bisa menjalankan program asuhan kesehatan keluarga secara mandiri
2. Bertanggung jawab pada masalah kesehatan keluarga (Bakri & Maria, 2017).

Menurut Setyowati & Murwani (2008) Peran utama perawat keluarga mendistribusikan informasi tentang kasus spesifik dan kesehatan keluarga umum jika dibutuhkan. Maka perawat melakukan kegiatan belajar di rumah (Setyowati & Murwan, 2008).

Perawat berperan dalam Menggambarkan masalah kesehatan dan kebutuhan keluarga, dalam hal ini perawat membantu keluarga mengenali penyimpangan dari kesehatan normal serta membantu keluarga menempatkan masalah di perspektif dan memahami pro dan kontra dari masalah. (Sulistiyo Andarmoyo, 2012).

Perawat bertanggung jawab atas pendidikan dan pengajaran sains untuk merawat paramedis dan pekerja kesehatan masyarakat. Menurut Friedman (2010), peran dan fungsi perawat sebagai edukator yakni melakukan identifikasi kebutuhan, memutuskan tujuan, mengembangkan, merencanakan, serta melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga bisa bertindak mandiri dengan sehat.

Perawat keluarga mengajarkan kesehatan keluarga, penyakit, hubungan, dan mengasuh anak. Fungsi guru sebagai pendidik terjadi di seluruh tatanan formal dan informal. Contohnya mengajari orang tua baru cara merawat bayi mereka dan memberi instruksi diabetes kepada remaja laki-laki yang baru didiagnosa serta anggota keluarga mereka (Sherly, 2005).

Sebagai pendidik atau pendidik Perawat berperan dalam mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, serta pengasuh atau tenaga kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya. Peran ini dapat terwujud dalam pemberian konseling kesehatan kepada klien pada skala individu, keluarga, kelompok dan komunitas, serta diskriminasi intelektual pada mahasiswa keperawatan di antara sesama perawat atau tenaga kesehatan lainnya.

2.2.2 Sebagai Koordinator

Karena anggota keluarga seringkali bukan tenaga kesehatan, perawat kesehatan rumah bisa bertindak menjadi koordinator perawatan pasien. Koordinasi diperlukan menyesuaikan rencana perawatan untuk menghindari tumpang tindih dan duplikasi dan memfasilitasi proses perawatan (Bakri & Maria, 2017).

Perawat kesehatan rumah bisa bertindak sebagai koordinator perawatan pasien. Perlu mengkoordinasikan kegiatan organisasi ataupun rencana perawatan guna menghindari duplikasi serta memfasilitasi proses perawatan (Safruddin Yahya, 2021).

Peran perawat sebagai Koordinator layanan kesehatan dan perawatan kesehatan di rumah berperan mengkoordinasikan layanan kesehatan di rumah untuk individu dan kelompok. Menurut Alimul Aziz Hidayat (2008), peran ini dengan mengarahkan, merencanakan dan mengorganisir tim pelayanan

kesehatan hingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah sesuai kebutuhan klien. (Hidayat, 2008).

Peran perawat di sini karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang meliputi dokter, fisioterapis, ahli diet, dan lainnya untuk mencoba mengidentifikasi layanan perawatan, termasuk diskusi atau pertukaran guna menentukan bentuk layanan selanjutnya. (Muhajir dkk, 2018).

Perawat keluarga mengoordinasikan perawatan yang diterima keluarga, berkolaborasi bersama keluarga guna merencanakan perawatan. Seperti, jika seorang anggota keluarga kecelakaan traumatis, perawat menjadi orang kunci dalam membantu keluarga mengakses sumber daya—mulai dari rawat inap, rawat jalan, perawatan kesehatan di rumah, dan layanan sosial hingga rehabilitasi. Perawat dapat berfungsi sebagai penghubung di antara layanan ini (Sulistiyo Andarmoyo, 2012).

2.2.3 Sebagai Pelaksana

Perawat wajib memberi perawatan langsung kepada pasien, baik di rumah, di klinik, maupun di rumah sakit. Ini ialah tanggung jawab perawat. Perawat bisa mendemonstrasikan asuhan yang diberi ke keluarga dengan harapan anggota keluarga yang sehat bisa memberi asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit (Bakri & Maria, 2017).

Perawat harus memberikan perawatan langsung kepada pasien, baik di rumah, klinik maupun rumah sakit. Ini adalah tanggung jawab perawat. Perawat bisa mendemonstrasikan perawatan yang diberikannya ke anggota keluarga, dan anggota keluarga yang ingin sehat bisa memberi perawatan langsung ke anggota keluarga sakit (Safruddin Yahya, 2021).

Menurut Barbara R dan Esther Caldwell (2003), perawat berperan memberi perawatan. Membantu pasien menilai dan merencanakan asuhan keperawatan, termasuk memeriksa serta mencatat tanda vital, mengukur tinggi dan berat badan, mengukur

input serta output, mengumpulkan spesimen, tes urin dan feses, mengamati respons pasien pada perawatan yang diberikan, dan melaporkan serta mencatat observasi (Barbara R dan Esther Caldwell, 2003).

Menurut Depkes RI (1986), perawat bertanggung jawab memberi asuhan dari yang sederhana hingga paling kompleks ke individu, keluarga, kelompok serta masyarakat. Perawat kesehatan memberi perawatan ke individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Masalah kesehatan sering di banyak tatanan pelayanan misalnya rumah sakit, puskesmas, sekolah, panti jompo, dll (Depkes RI, 1986).

Secara umum, perawat yang memberi home care punya tanggung jawab memberi perawatan, menambah pengetahuan, serta meningkatkan kompetensi sebagai profesi (professional skill, intelligence, interpersonal skill). Tanggung jawab menyediakan perawatan di rumah memakai pendekatan proses perawatan meliputi:

1. Membantu keluarga mendapatkan lagi kesehatannya
2. Membantu keluarga menerima penyakit anggota keluarga yang tak bisa disembuhkan.
3. Membantu anggota keluarga menghadapi kematian diperlakukan manusiawi serta bermartabat.

2.2.4 Sebagai Pengawas Kesehatan

Perawat kesehatan wajib melakukan home visit atau kunjungan rumah secara berkala sebagai salah satu cara mengontrol pasien, dan perawat wajib memberitahukan jika ada yang kurang. Selain itu, perawat dituntut untuk mengidentifikasi atau menilai kondisi kesehatan keluarga. Juga untuk keluarga, mereka punya hak atas semua informasi tentang anggota keluarga yang sakit (Bakri & Maria, 2017).

Perawat berperan sebagai pemberi dan pengawas perawatan dan ahli teknis, artinya Perawat keluarga memberi

perawatan yang diterima keluarga di banyak pengaturan. Untuk melakukan ini, perawat harus menjadi ahli teknis baik dari segi pengetahuan maupun keterampilan. Misalnya, perawat mungkin adalah orang yang pergi ke rumah keluarga setiap hari untuk berkonsultasi dengan keluarga dan membantu merawat anak dengan alat bantu pernapasan (Fry, 1959).

Perawat kesehatan wajib home visit rutin untuk mengontrol pasien. Perawat wajib memberitahukan jika ada kecacatan atau sesuatu yang dinilai perlu. Disamping itu, perawat diharuskan melakukan penilaian kesehatan di rumah. Di saat yang sama, keluarga punya hak menerima seluruh informasi tentang anggota keluarga yang sakit (Safruddin Yahya, 2021).

2.2.5 Sebagai Konsultan

Jika keluarga pasien memiliki pertanyaan, perawat harus bersedia menjawab semuanya. Begitu pula jika anggota keluarga meminta saran dan nasihat dari pasien, maka hubungan perawat dan anggota keluarga pasien perlu dijaga. Perawat wajib bersikap terbuka serta bisa dipercaya. Bila perlu beri nomor pribadi yang dapat diakses keluarga pasien (Bakri & Maria, 2017).

Sebagai konselor, perawat wajib bersedia jadi konselor untuk seluruh masalah keluarga pasien. Jika anggota keluarga meminta saran dan pendapat. Karenanya, hubungan kekeluargaan antara pasien dan perawat wajib dijaga dengan baik. Perawat wajib bisa tetap terbuka serta bisa dipercaya (Safruddin Yahya, 2021).

Perawat keluarga punya peran terapeutik memudahkan individu serta keluarga menyelesaikan masalah perilaku. Contoh dari arena kesehatan mental adalah keluarga yang membutuhkan bantuan untuk mengatasi kondisi kronis jangka panjang, seperti ketika anggota keluarga didiagnosis menderita skizofrenia (Fry, 1959).

Perawat keluarga bertindak sebagai konselor bagi keluarga kapan pun diminta atau dibutuhkan. Dalam beberapa kasus, dia

berkonsultasi bersama lembaga guna memfasilitasi perawatan yang berpusat pada keluarga. Sebagai contoh, seorang spesialis perawat klinis di rumah sakit mungkin diminta untuk membantu keluarga dalam menemukan pengaturan perawatan jangka panjang yang sesuai untuk nenek mereka yang sakit. Perawat datang ke sistem keluarga atas permintaan untuk waktu yang singkat dan untuk tujuan tertentu.

2.2.6 Sebagai Kolaborator

Perawat bekerja bersama tim kesehatan yakni dokter, fisioterapis, ahli diet, dan lainnya guna melakukan identifikasi layanan perawatan yang dibutuhkan, termasuk diskusi ide untuk menentukan bentuk layanan selanjutnya (Bakri & Maria, 2017).

Menurut (Safruddin Yahya, 2021), peran serta fungsi perawat selaku kolaborator yakni berkolaborasi dengan seluruh pihak yang mengatasi masalah kesehatan keluarga. Disamping peran perawat keluarga di atas, peran perawat keluarga di pencegahan primer, sekunder dan tersier yakni.

1. Pencegahan primer.

Peran perawat pencegahan primer punya peran penting mencegah penyakit serta mempertahankan hidup sehat.

2. Pencegahan sekunder.

Tugas perawat yakni mendeteksi dini penyakit pada kelompok risiko tinggi, menegaskan diagnosis, dan segera menanganinya oleh perawat. Deteksi kasus baru ialah upaya pencegahan sekunder dengan tujuan mengendalikan perkembangan penyakit serta mencegah kecacatan lebih lanjut. Ialah tugas perawat merujuk seluruh anggota keluarga bagi pemeriksaan dan riwayat medis.

3. Pencegahan.

Tersier Peran perawat di pencegahan tersier yakni mengurangi derajat dan beratnya masalah kesehatan, hingga mengurangi kecacatan serta memulihkan fungsi

fisik. Fokus utamanya yakni rehabilitasi. Rehabilitasi menyertakan pemulihan orang yang cacat karena sakit serta cedera hingga mereka bisa menggapai tingkatan paling tinggi secara fisik, sosial serta emosional.

2.2.7 Sebagai Fasilitator

Perawat perlu memahami sistem penyampaian layanan kesehatan, seperti sistem rujukan, tagihan medis, serta fasilitas medis. Perawat membutuhkan pengetahuan ini untuk jadi fasilitator baik. Disamping itu, sangat membantu jika keluarga menemui berbagai kendala. Misalnya, pasien memerlukan rujukan, ataupun keluarga memiliki dana yang terbatas. Perawat kemudian bisa memberi solusi yang tepat (Bakri & Maria, 2017).

Menurut Sulistiyo Andarmoyo (2012) Sebagai seorang perawat, Anda perlu membuat layanan medis mudah diakses, perawat bisa mudah menyelesaikan masalah keluarga, dan dapat membantu menemukan solusi masalah. (Sulistiyo Andarmoyo, 2012).

Perawat kesehatan bertanggung jawab atas pengelolaan pelayanan keperawatan di rumah sakit dan kegawatdaruratan, termasuk peralatan, alat dan lingkungan pelayanan kesehatan. Selain itu ia membimbing petugas kesehatan yang berpendidikan lebih rendah dari perawat kesehatan, seperti penjenang kesehatan, peserta didik spk perkarya kesehatan, perkarya rumah tangga, kadar kesehatan dan dukun bersalin (Depkes RI, 1986).

2.2.8 Sebagai Peneliti

Peneliti adalah perawat bisa berperan menjadi pengidentifikasi kasus keluarga. Karena kepribadian tiap keluarga berbeda, kadang pengobatan serta efek penyakitnya berbeda. Jadi perawat serta peneliti dan bisa jadi penemuan baru bagi kesehatan masyarakat, yang perlu dilakukan sejak dini sebelum penyakit yang menjangkiti pasien menjadi wabah. (Bakri & Maria, 2017).

Perawat keluarga harus menggunakan proses penyelidikan ilmiah untuk mengidentifikasi masalah praktik dan menemukan solusi terbaik untuk masalah tersebut. Sebuah contoh mungkin bekerja sama dengan seorang kolega untuk menemukan intervensi yang lebih baik untuk membantu keluarga mengatasi orang tua yang mengompol yang tinggal di rumah (Sherly, 2005).

Menurut Alimul Aziz Hidayat (2008) bahwa sebagai Perawat harus merencanakan, berkolaborasi, sistem, perubahan langsung dalam cara perawatan disampaikan, dan melakukan penelitian dalam pengembangan perawatan. Selain membagi peran perawat sesuai dengan peraturan Aliansi Ilmu Kesehatan, peran perawat juga dibagi menurut hasil Simposium Keperawatan 1983, dan peran perawat dibagi menjadi empat peran, diantaranya perawat sebagai layanan dan organisasi layanan Peran, Peran Perawat sebagai Pendidik Keperawatan, dan sebagai Peneliti dan Pengembang Layanan Keperawatan (Hidayat, 2008).

Perawat mengadakan penelitian keperawatan bagi mengembangkan pengetahuan keperawatan dan meningkatkan praktik profesi keperawatan, khususnya pemberian keperawatan, pendidikan keperawatan, dan administrasi keperawatan. Perawat mendukung perkembangan bidang kesehatan dengan berpartisipasi di kegiatan penelitian kesehatan (Depkes RI, 1986).

2.2.9 Sebagai Advokat

Perawat keluarga adalah suara bagi keluarga tempat mereka bekerja; perawat memberdayakan anggota keluarga untuk berbicara dengan suara mereka sendiri atau perawat berbicara untuk keluarga. Contohnya adalah perawat mengadvokasi keamanan rumah dengan mendukung UU yang mewajibkan sabuk pengaman di kendaraan bermotor (Safruddin Yahya, 2021).

Peran perawat ini adalah membantu klien serta anggota keluarga menginterpretasikan beragam informasi atau informasi lain dari pemberi pelayanan, terutama memperoleh persetujuan

terhadap perilaku keperawatan pasien, dan bisa berperan menjaga serta melindungi hak-hak pasien, yang meliputi Pasien. Hak atas pelayanan terbaik, hak untuk mengetahui kondisi mereka, privasi, penentuan nasib sendiri, dan hak atas kompensasi atas kelalaian (Hidayat, 2008).

Menurut Muhajir dkk, (2018) Perawat berperan membantu klien serta keluarga menginterpretasikan berbagai atau informasi lain dari pemberi pelayanan, khususnya memberikan informed consent atas perawatan kepada pasien. Mereka memiliki peran untuk membela dan melindungi pasien, mencakup hak atas layanan informasi penyakit terbaik menentukan nasibnya sendiri, dan hak atas kompensasi atas kelalaian, kebutuhan aktivitas, dan kebutuhan keamanan dan kenyamanan yang dipenuhi oleh orang lain. kebutuhan memenuhi kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri (Muhajir dkk, 2018).

2.2.10 Sebagai Pengubah/ Modifikasi Lingkungan

Disamping memberi informasi kesehatan ke keluarga, perawat wajib bisa mengubah lingkungan. Jika berbagai bagian dari lingkungan jadi penyebab penyakit, perawat bisa berkomunikasi dengan keluarga serta masyarakat sekitar. Modifikasi lingkungan, lingkungan rumah dan lingkungan masyarakat kondusif untuk menciptakan lingkungan yang sehat (Safruddin Yahya, 2021).

Perawat keluarga berkonsultasi dengan keluarga serta profesional perawatan kesehatan guna memodifikasi lingkungan. Misalnya, jika seorang pria dengan paraplegia akan keluar dari rumah sakit ke rumah, perawat membantu keluarga memodifikasi lingkungan rumah sehingga pasien dapat bergerak dengan kursi roda dan melakukan perawatan diri (Bakri & Maria, 2017).

Perawat keluarga berkonsultasi bersama keluarga serta profesional perawatan kesehatan guna memodifikasi lingkungan. Misalnya, jika seorang pria dengan paraplegia akan keluar dari rumah sakit ke rumah, perawat membantu keluarga memodifikasi

lingkungan rumah sehingga pasien dapat bergerak dengan kursi roda dan melakukan perawatan diri (Fry, 1959).

2.2.11 Sebagai Clarifier dan Interpreter

Perawat keluarga mengklarifikasi dan menginterpretasikan data ke keluarga di semua pengaturan. Misalnya, jika seorang anak dalam keluarga memiliki penyakit yang kompleks, seperti leukemia, perawat mengklarifikasi serta menginterpretasikan informasi terkait diagnosis, pengobatan, serta prognosis kondisi tersebut ke orang tua dan anggota keluarga besar (Sherly, 2005).

2.2.12 Sebagai Pengganti

Perawat keluarga berperan menjadi pengganti yang menggantikan orang lain. Sebagai contoh, perawat dapat menggantikan sementara sebagai orang tua yang penuh kasih orang tua penuh kasih kepada seorang remaja yang melahirkan anak sendirian di ruang bersalin dan ruang bersalin (Sherly, 2005).

2.2.13 Manajer Kasus

Meskipun manajer kasus yakni nama modern untuk peran ini, ini menyertakan koordinasi serta kolaborasi keluarga dan sistem perawatan kesehatan. Manajer kasus sudah mendapat wewenang mengambil alih kasus tersebut. Misalnya, seorang perawat keluarga yang bekerja dengan manula di masyarakat bisa ditugaskan menjadi manajer kasus untuk pasien dengan penyakit Alzheimer (Fry, 1959).

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, Sulistiyo. 2012. *Keperawatan Keluarga Konsep Teori,Proses, dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bakri & Maria, H. 2017. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Mahardika.
- Barbara R & Esther C. 2003. *Asisten Keperawatan Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta: ECG.
- Departemen Kesehatan RI. 1986. *Standar Praktek Keperawatan Bagi Perawat Kesehatan*.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Safruddin Yahya, 2021. 2021. Safruddin Yahya, 2021. *Galang Tanjung, 2504*, 1–9.
- Sherly, 2005. 2005. *Family Health Care Nursing:Theory , Practice , and Research* Edition 3.
- Fry, J. 1959. Book Family Health Care Nursing. In *Public Health* (Vol. 74, Issue 2). [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(59\)80093-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(59)80093-7)
- Muhajir, Dayang. L. & Tim ASASKI. 2018. *Konsep Dasar Keperawatan Edisi 3*. Tangerang: In Media.

BAB 3

INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Ani Nuraeni

3.1 Pendahuluan

Intervensi keperawatan keluarga merupakan tahapan ketiga dalam proses keperawatan keluarga. Berbagai tindakan dirancang oleh perawat yang bertujuan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan yang dialami keluarga. Tahapan perencanaan keperawatan keluarga meliputi penentuan prioritas masalah dengan menentukan skoring atau penapisan masalah, perumusan tujuan dan penentuan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan. Intervensi keperawatan ini menjadi tahapan penting dalam asuhan keperawatan karena menentukan tindakan yang harus dilakukan oleh perawat pada tahap selanjutnya yaitu implementasi keperawatan.

Saat proses penyusunan intervensi keperawatan, perawat bersama keluarga hendaknya mampu mengidentifikasi sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga. Wawasan dan berbagai keterampilan keperawatan perlu dikuasai oleh perawat dalam menyusun intervensi ini. Perawat perlu bekerjasama dengan keluarga dan berkoordinasi dengan tenaga kesehatan lain untuk meningkatkan pendekatan yang konsisten dan holistik sehingga keluarga dapat mencapai tujuan atau hasil yang diharapkan.

3.2 Pengertian Intervensi Keperawatan

Sekumpulan tindakan yang dirancang oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga merupakan definisi dari intervensi keperawatan. Hal yang perlu dipertimbangkan dalam penyusunan intervensi keperawatan menurut Kholifah dan Widagdo (2016) yaitu rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis data secara menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga, harus realistik, sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan, dan dibuat bersama keluarga.

Intervensi keperawatan disusun oleh perawat dan keluarga agar terfokus dan konsisten dengan diagnosis keperawatan yang telah diidentifikasi sebelumnya. Aspek penting yang harus ditekankan seorang perawat adalah melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan rencana keperawatan. Penentuan perencanaan harus jelas, konsisten, dan komprehensif dalam rangka menyelesaikan permasalahan kesehatan (Nies & McEwen, 2019).

Penyusunan rencana dianjurkan secara spesifik dari apa yang ingin dilakukan, oleh siapa, dan kapan dilakukan. Penyusunan rencana keperawatan hendaknya berdasar pada kemampuan keluarga khususnya anggota-anggota keluarga yang akan berpartisipasi aktif dalam mengimplementasikan rencana yang disusun. Selain sumber-sumber dukungan internal keluarga, sebaiknya penyusunan rencana keperawatan juga mempertimbangkan sumber dukungan eksternal keluarga. Begitu juga dengan intervensi yang disusun, kesesuaian perencanaan intervensi akan berkaitan dengan hasil yang lebih baik.

3.3 Skoring/Penapisan Masalah

Sebelum menyusun intervensi keperawatan, perawat keluarga perlu menetapkan prioritas masalah dengan menggunakan skala penyusunan prioritas berdasarkan teori dari Maglaya (2009) yang diuraikan pada tabel berikut ini:

Tabel 3.1. Skala Penentuan Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah:		
	Sejahtera	3	1
	Aktual	3	
	Risiko	2	
	Krisis	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Mudah	2	2
	Sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
3	Potensial masalah untuk dicegah		
	Tinggi	3	1
	Cukup	2	
	Rendah	1	
4	Menonjolnya Masalah		
	Masalah dirasakan dan segera diatasi	2	1
	Masalah dirasakan namun tidak perlu segera diatasi	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

Cara penghitungan prioritas masalah adalah sebagai berikut:

1. Tentukan skor dari setiap kriteria untuk setiap diagnosis keperawatan yang diangkat, lalu skor tersebut dibagi dengan nilai tertinggi dari setiap kriteria dan dikalikan dengan bobot. Agar memudahkan dapat menggunakan rumus berikut: **skor/angka tertinggi x bobot**.
2. Hasil perhitungan dari setiap kriteria dijumlahkan untuk mengidentifikasi skor dari setiap diagnosis keperawatan yang diangkat.
3. Jumlah skor tertinggi yang diperoleh menjadi diagnosis keperawatan prioritas.

Dalam menentukan skor nilai dari masing-masing kriteria perlu memperhatikan pembenaran sebagai justifikasi dari skor yang telah ditentukan oleh perawat. Adapun panduan dalam menyusun pembenaran sebagai justifikasi perawat adalah sebagai berikut:

1. Sifat masalah
Pembenaran mengacu rumusan diagnosis keperawatan apakah pada masalah sedang terjadi, baru menunjukkan tanda dan gejala atau kondisi sehat.
2. Kemungkinan masalah dapat diubah
Pembenaran dalam kriteria ini meliputi pengetahuan keluarga terkait teknologi, dan tindakan untuk menangani masalah, sumber daya keluarga yang meliputi keuangan, tenaga, sarana, keterampilan dan waktu, sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu serta sumber daya masyarakat yang dapat mendukung dalam bentuk, fasilitas kesehatan, organisasi seperti posyandu, posbindu dan sebagainya.
3. Potensial masalah untuk dicegah
Hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam membuat justifikasi dalam kriteria ini adalah kepelikan/kesulitan

masalah atau berat ringannya masalah, jangka waktu terjadinya masalah, tindakan yang sudah dan akan dilakukan dan adanya kelompok risiko tinggi dalam keluarga atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

4. Menonjolnya masalah

Perawat menilai persepsi keluarga dalam melihat atau menanggapi masalah kesehatan yang dialami.

Berikut ini akan dipaparkan salah satu contoh skoring pada diagnosis keperawatan pemeliharaan kesehatan tidak efektif pada pasien dengan diabetes melitus:

Tabel 3.2. Contoh Penentuan Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat Masalah:				
	Sejahtera	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Sifat masalah aktual ditandai dengan Tn. A sudah menderita DM sejak 4 tahun namun belum mengatur pola makan sesuai diet, dan jarang olahraga,
	Aktual	3			
	Risiko	2			
	Krisis	1			
2	Kemungkinan masalah dapat diubah				Kemungkinan masalah dapat diubah mudah ditandai dengan pengetahuan keluarga cukup, ada perawat yang akan
	Mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	
	Sebagian	1			
	Tidak dapat	0			

No	Kriteria	Skor	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
					memberikan penyuluhan, keluarga memiliki dana untuk berobat, ada keluarga yang merawat klien, dan terdapat posbindu dan puskesmas yang dapat dijangkau.
3	Potensial masalah untuk dicegah				Potensial masalah untuk dicegah cukup
	Tinggi	3	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	ditandai dengan Tn. A sudah menderita DM sejak 4 tahun, belum terjadi komplikasi, upaya yang dilakukan sudah minum obat diabetes namun belum mematuhi diet dan jarang olahraga.
	Cukup	2			
	Rendah	1			
4	Menonjolnya Masalah				Menonjolnya masalah
	Masalah dirasakan dan segera diatasi	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	dirasakan dan segera diatasi ditandai dengan
	Masalah	1			Tn. A sudah

No	Kriteria	Skor	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
	dirasakan namun tidak perlu segera diatasi				kontrol rutin ke puskesmas.
	Masalah tidak dirasakan	0			
				4 2/3	

3.4 Perumusan Tujuan

Setelah melakukan proses skoring, selanjutnya perawat menentukan tujuan dari masalah keperawatan prioritas tersebut. Tujuan merupakan hasil yang ingin diharapkan setelah tindakan keperawatan dilaksanakan. Penetapan tujuan harus dilakukan bersama keluarga agar keluarga dapat bertanggung jawab terhadap keputusan yang diambil dan dapat melakukan tindakan yang mereka pilih dan perawat perlu menghormati keyakinan keluarga (Husnaniyah, Riyanto, & Kamsari, 2022). Agar keluarga dapat bekerja sama untuk melaksanakan tindakan keperawatan maka tujuan harus dibuat secara jelas, spesifik, dapat diterima keluarga dan dinyatakan dalam bentuk perilaku sehingga dapat dievaluasi (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Tujuan perlu disebutkan dalam jangka panjang atau tujuan umum yaitu tujuan utama yang menunjukkan tujuan yang lebih luas yang diharapkan oleh perawat dan keluarga. Tujuan jangka panjang diturunkan menjadi tujuan jangka pendek atau tujuan khusus yang lebih spesifik, langsung dan terukur. Sebagai contoh diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada keluarga dengan DM adalah pemerlihaaran kesehatan tidak efektif maka tujuan jangka panjang yang dapat dirumuskan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 4 minggu pemeliharaan kesehatan pada keluarga Tn.A menjadi efektif. Sedangkan jangka pendeknya atau tujuan khusus disusun berdasarkan tugas

kesehatan keluarga yaitu keluarga mampu mengenal masalah DM, keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat, keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan DM, keluarga mampu modifikasi lingkungan dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

3.5 Penyusunan Rencana Tindakan

Setelah menentukan prioritas diagnosis keperawatan dan merumuskan tujuan maka langkah selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang dibuat berdasarkan pada kemampuan keluarga khususnya anggota keluarga yang akan berpartisipasi aktif dalam melaksanakan tindakan tersebut. Gambaran kemampuan keluarga diperoleh dari hasil pengkajian tahap 2 mengenai kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga atau fungsi perawatan kesehatan keluarga. Berikut perencanaan keperawatan berdasarkan tugas kesehatan keluarga, yaitu:

1. Menegal Masalah Kesehatan

Rencana tindakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan dengan cara memberi informasi atau edukasi proses penyakit, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, dan mendorong sikap emosi sehat terhadap masalah. Contoh intervensi: pendidikan kesehatan: pengajaran proses penyakit, pengajaran diet yang tepat/dianjurkan, dan lain-lain (Riasmini *et al.*, 2017).

2. Mengambil Keputusan untuk Merawat

Rencana tindakan untuk membantu keluarga untuk memutuskan merawat anggota keluarga dengan cara mendiskusikan konsekuensi jika tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, dan mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.

Contoh intervensi: dukungan membuat keputusan, dukungan keluarga/*caregiver*, dan lain-lain.

3. Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit

Rencana tindakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan memberikan edukasi perawatan dan memperagakan tindakan perawatan, memanfaatkan alat dan fasilitas yang ada di rumah, dan memonitor anggota keluarga yang sakit dalam melakukan perawatan. Tindakan ini bertujuan meningkatkan kepercayaan diri keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Contoh intervensi: manajemen nutrisi yang tepat, konseling nutrisi, manajemen nyeri, dukungan pemberi perawatan, dan lain-lain.

4. Memodifikasi Lingkungan

Rencana tindakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dengan cara mengajarkan keluarga menciptakan lingkungan yang sehat baik secara fisik maupun psikologis, membantu keluarga memanfaatkan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, dan melakukan perubahan lingkungan keluarga. Contoh intervensi: manajemen lingkungan: rumah yang aman, bantuan pemeliharaan rumah, manajemen lingkungan, dan lain-lain.

5. Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan

Rencana tindakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan cara mengenalkan fasilitas kesehatan yang dapat dijangkau keluarga, memberikan informasi mengenai manfaat fasilitas kesehatan, dan memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Contoh intervensi: rujukan, bantuan system kesehatan, dan lain-lain.

3.6 Jenis Intervensi Keperawatan Keluarga

Menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2010), berbagai intervensi keperawatan keluarga yang dapat digunakan saat merawat keluarga diantaranya adalah:

1. Pendidikan kesehatan

Intervensi ini merupakan salah satu pendekatan utama. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses pembelajaran dengan tujuan mendukung perilaku yang sehat atau mengubah perilaku tidak sehat menjadi lebih sehat. Tujuan lainnya adalah memberikan informasi sehingga klien dan keluarga dapat mengambil keputusan terkait kesehatan dan penyakitnya, membantu klien dan keluarga berperan serta dalam perawatan, membantu klien dan keluarga beradaptasi dengan penyakit yang dialami, beradaptasi terhadap pengobatan dan prognosis penyakitnya serta membantu klien dan keluarga mencapai kepuasan atas upaya mereka sendiri dalam meningkatkan kesehatan.

Pendidikan kesehatan tidak hanya terbatas pada penyebaran informasi kesehatan, tetapi juga menumbuhkan motivasi, keterampilan dan kepercayaan diri untuk melakukan tindakan dalam rangka merawat diri dan anggota keluarga yang sakit.

2. Model peran

Model peran merupakan suatu strategi intervensi yang tepat untuk mendidik anggota keluarga dengan cara memodifikasi perilaku. Model peran merupakan pembelajaran yang dilakukan dengan mengamati perilaku dan mencontoh pola perilaku tersebut. Contoh penerapan intervensi model peran ini yaitu perawat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat agar keluarga dapat mencontoh perilaku yang dilakukan oleh perawat.

3. Bimbingan antisipatif

Bimbingan antisipatif merupakan intervensi perawat dengan memberikan keluarga informasi tentang apa yang diharapkan akan terjadi. Tindakan ini dapat mengurangi perasaan cemas, dan meningkatkan kemampuan klien dalam beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Antisipasi, persiapan menghadapi untuk menghadapi kejadian penting, atau kemungkinan prognosis penyakit menyebabkan keluarga dapat mengatasi situasi dengan cara yang lebih baik. Sebagai contoh bimbingan antisipatif yang diterapkan pada keluarga baru untuk menghadapi persiapan persalinan. Keluarga yang telah mendapatkan bimbingan antisipatif akan merasa sangat siap dan dapat melalui proses persalinan dengan perasaan bahagia.

4. Konseling

Konseling merupakan suatu proses untuk membantu keluarga dalam mengatasi permasalahan yang dialami anggota keluarga secara efektif. Selama proses konseling perawat membantu keluarga agar dapat menyatakan masalah yang dihadapi, berbagi persepsi, dan perasaan dengan anggota keluarga lain dan membantu keluarga secara positif membangun kembali pikiran dan persepsi mereka tentang peristiwa untuk mengubah perilaku menjadi lebih sehat.

5. Membuat kontrak

Kontrak adalah perjanjian kerja sama yang dibuat antara dua pihak atau lebih yang dibuat secara tertulis, singkat, sederhana, dan tanpa paksaan yang berisi harapan dari kedua belah pihak yang terlibat. Ini merupakan suatu cara yang efektif bagi perawat agar dapat membantu individu dan keluarga membuat perubahan perilaku secara realistis. Pembuatan kontrak dapat dilakukan pada klien dengan diagnosis ketidakpatuhan, defisit pengetahuan,

ketidakefektifan koping keluarga, ketidakmampuan menjadi orang tua, dan defisit perawatan diri.

6. Advokasi klien

Perawat melakukan intervensi advokasi keluarga dengan cara memfasilitasi klien dan keluarga memperoleh layanan perawatan yang dibutuhkan dan menjadi hak mereka, menciptakan system pelayanan kesehatan yang dapat memfasilitasi kebutuhan klien dan keluarga, serta memberikan advokasi untuk mengidentifikasi pelayanan yang lebih sesuai dengan sosial budaya.

7. Kolaborasi

Pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara komprehensif melalui tindakan kolaborasi dari berbagai tim kesehatan. Sebagai anggota tim kesehatan, perawat keluarga perlu melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lain untuk merencanakan tindakan perawatan komprehensif yang berorientasi pada keluarga dan anggota tim lain. Kolaborasi merupakan suatu proses berbagi perencanaan dan tindakan secara berkelanjutan disertai tanggung jawab bersama terhadap hasil dan kemampuan bekerja sama untuk tujuan menyelesaikan masalah. Tim kesehatan yang dapat bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga terdiri dari perawat keluarga, perawat kesehatan komunitas, perawat yang membuka praktik mandiri, petugas sosial, ahli fisioterapi. Ahli terapi okupasi dan ahli gizi dapat berperan sebagai anggota tim atau bertindak sebagai konsultan tim.

8. Konsultasi

Konsultasi sebagai salah satu intervensi keperawatan keluarga. Kegiatan konsultasi dalam keperawatan keluarga dapat berupa pertimbangan bersama mengenai suatu kasus klien, memberikan saran/ informasi tentang klien dengan masalah kesehatan khusus, atau berupa kegiatan wawancara

suatu keluarga dan melakukan pengkajian lain terhadap keluarga dan kebutuhannya.

9. Pemberdayaan keluarga

Pemberdayaan adalah proses yang memungkinkan keluarga untuk memilih, mengendalikan dan memutuskan tindakan bagi kehidupan mereka. Intervensi pemberdayaan dirancang untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan keluarga sehingga dapat melakukan tindakan perawatan secara mandiri (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Selain itu pemberdayaan keluarga juga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dengan penyedia pelayanan kesehatan dalam meningkatkan tingkat kenyamanan pada keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami penyakit seperti penyakit kronis (Ardian, 2013). Kunci dari intervensi pemberdayaan keluarga adalah mengoptimalkan peran serta aktif keluarga dan anggota keluarga, menemukan kekuatan dan sumber daya keluarga, serta membantu keluarga mengembangkan dukungan sosial yang lebih besar melalui pengembangan keterampilan hubungan keluarga.

Pemberdayaan keluarga merupakan mekanisme yang memungkinkan adanya perubahan kemampuan keluarga sebagai hasil dari intervensi keperawatan yang berfokus pada keluarga dan tindakan promosi kesehatan serta kesesuaian budaya yang mempengaruhi tindakan pengobatan dan perkembangan keluarga (Ardian, 2014). Pemberdayaan keluarga dengan anggota keluarga yang sakit dapat berupa pemberian informasi yang akurat dan lengkap tentang kondisi penyakit yang dihadapi anggota keluarga, meningkatkan kemampuan manajemen perawatan keluarga, menunjukkan empati dan perhatian yang tulus, mengakui dan meningkatkan keterampilan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit serta membina

hubungan langsung dengan anggota keluarga yang sakit
(Ardian, 2014)

DAFTAR PUSTAKA

- Ardian, I. 2013. 'Pemberdayaan keluarga (family empowerment) meningkatkan coping keluarga diabetes mellitus tipe 2', *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1(2), pp. 141–149.
- Ardian, I. 2014. 'Pemberdayaan keluarga (family empowerment) sebagai intervensi keperawatan keluarga', *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, pp. 41–53. Available at: <http://research.unissula.ac.id/file/publikasi/210997003/4129>.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R. and Jones, E. G. 2010. *Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Husnaniyah, D., Riyanto and Kamsari. 2022. *Buju Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Deepublish.
- Kholifah, S. N. and Widagdo, W. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Maglaya, A. S. 2009. *Nursing Practice in the Community*. Marikina City: Argonauta Corporation.
- Nies, M. A. and McEwen, M. 2019. *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Edited by J. Sahar, A. Setiawan, and N. M. Riasmini. Singapore: Elsevier.
- Riasmini, N. M. et al. 2017. *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta: UI-Press.

BAB 4

KOMUNIKASI DALAM KEPARAWATAN KELUARGA

Oleh Asriani Bahar

4.1 Pendahuluan

Salah satu kegiatan yang dilakukan sehari-hari yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia adalah komunikasi. Setiap bagian dari hidup kita bergantung pada berbicara dengan orang lain. Sebagai makhluk sosial, manusia akan selalu berusaha untuk berhubungan dengan orang lain. Hubungan antara orang satu sama lain sama sekali tidak dapat dibedakan dari tindakan yang disebut "korespondensi". Orang tersebut juga akan dapat melakukan pekerjaannya dengan lebih baik berkat hubungan yang baik. Menurut (Davis, 1981), komunikasi adalah transfer informasi dan pemahaman dari satu orang ke orang lain.

Komunikasi yang baik memberikan kontribusi yang besar terhadap keharmonisan hubungan antar manusia. Keharmonisan hubungan keluarga pasien-perawat dalam mencapai rasa saling percaya dan kepuasan keluarga pasien dalam pelayanan informasi yang diberikan oleh perawat. Informasi dibutuhkan oleh keluarga pasien untuk mengetahui kondisi pasien dan langkah-langkah yang akan dilakukan oleh keluarga pasien. Informasi yang diterima keluarga pasien sangat penting untuk pengambilan keputusan, kondisi pasien dalam perawatan, tindakan selanjutnya dan evaluasi hasil perawatan.

Sebuah keluarga terdiri dari dua orang atau lebih yang hidup bersama dalam ikatan emosional dan keintiman, yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, dan yang tidak

memiliki batasan keanggotaan keluarga. (Friedman & Bowden, 2010). Asuhan keluarga merupakan pelayanan holistik dimana keluarga dan bagian-bagiannya menjadi pusat asuhan, dimana tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi mencakup seluruh anggota keluarga. (Kholifah & Widagdo, 2016), Perawatan keluarga adalah proses merawat yang sakit dan sehat oleh semua anggota keluarga untuk mencapai kesejahteraan yang lebih tinggi. (Friedman, 2014). Menurut (Potter, 2020), Family Care adalah penyediaan layanan kesehatan untuk membantu anggota keluarga mempertahankan kesehatan sebaik mungkin akibat penyakit sebelumnya. Perawatan keluarga adalah penyediaan layanan kesehatan holistik.

Di rumah sakit, perawat merupakan salah satu pimpinan dalam memberikan pelayanan medis. Hal ini menuntut pekerjaan dan kemampuan petugas dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas untuk mengatasi masalah pasien. Dalam memberikan administrasi keperawatan, perawat harus memiliki informasi yang luas dan kemampuan relasional sebagai tahap awal untuk menjalin hubungan antara perawat dan pasien, karena korespondensi merupakan siklus vital dalam hubungan manusia. Pasien dan keluarganya akan dengan cepat menjalin hubungan dengan perawat yang merupakan komunikator yang terampil. (Liljeroos, Snellman, & Ekstedt, 2011). Setiap profesional kesehatan, terutama perawat, harus mengakui pentingnya komunikasi yang efektif. Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dan keluarganya, perawat harus berkomunikasi secara efektif.

Menurut (Suryani, 2014), korespondensi mengambil bagian dalam pemulihan yang tenang, terkait dengan upaya terkoordinasi antara perawat medis dan pekerja kesejahteraan lainnya, dan berdampak pada kepuasan pasien dan keluarga. Karena itu, komunikasi sangat penting untuk semua aspek perawatan rumah sakit. Salah satu jenis perawatan klinik adalah Unit Gawat Darurat

adalah jenis perawatan yang luar biasa untuk pasien yang sakit parah. Unit perawatan intensif adalah unit perawatan khusus yang merawat pasien yang sakit kritis, luka dengan komplikasi yang akan mengancam jiwa atau berpotensi mengancam jiwa, dengan keterlibatan profesional medis terlatih dan dilengkapi dengan berbagai peralatan khusus. dirancang untuk observasi, perawatan dan terapi pasien (Kemenkes, 2006; Kepmenkes, 2010). Karena kondisi mereka yang tidak stabil dan kecenderungan untuk kehilangan kesadaran, keluarga pasien memainkan peran penting dalam keputusan kegiatan keperawatan. Tentu, komunikasi yang efektif antara perawat dan keluarga sangat penting dalam keadaan ini.

4.2 Tujuan Komunikasi dalam Keperawatan Keluarga

Tujuan komunikasi dalam pengasuhan keluarga meliputi (Musliha dan Fatmawati, 2009):

4.2.1 Mampu memahami perilaku orang lain

Jika ternyata pasien marah, posisi perawat adalah menenangkannya kemudian menanyakan alasan kemarahannya, kenapa bisa marah, setelah mendapat kejelasan, pasien marah karena perawat terlambat mengambil pot. perkemihan. Setelah mengetahui masalah tersebut, perawat kemudian membantu pasien dengan menjelaskan kepada pasien bahwa jika merasa sedikit ingin buang air besar, segera menginformasikan kepada perawat agar perawat tidak terlambat meminumnya sehingga pasien merasa diperhatikan.

4.2.2 Memahami perilaku setuju atau tidak setuju

Di sini perawat harus memahami perilaku pasien atau reaksi non-verbal pasien terhadap sugesti perawat, misalnya perawat akan memberikan suntikan, kemudian pasien menjawab “ya”, namun bagaimanapun kata “ya” tidak diinginkan, artinya pasien

merasa wajib memberikan suntikan. Menghadapi hal ini, penting bagi perawat untuk berkomunikasi dengan pasien sebelum kita mengambil tindakan. Yaitu dengan terlebih dahulu menjelaskan efek samping yang akan ditimbulkan setelah penyuntikan, agar pasien merasa diperhatikan.

4.2.3 Perlunya memuji pasien

Dalam menggali potensi pasien untuk memecahkan masalah, perawat harus memuji pasien dan membantu memecahkan masalah. Misalnya saat berkomunikasi di rumah dengan pasien bahwa ia memiliki bayi yang kekurangan protein. Perawat perlu mendapatkan pendapat ibu tentang kebiasaan ibu memberikan makanan bayi, namun porsinya tidak cukup. Disini suster menasihati ibu bahwa komposisi makanan yang ibu berikan sebenarnya sudah baik, namun akan lebih baik jika ibu menambahkan lauk pauk. Saat perawat begitu dipuji, ibu akan senang dan tidak merasa bersalah.

4.2.4 Membangun hubungan pribadi yang baik

Melalui komunikasi yang baik akan terjalin hubungan pribadi yang baik dengan pasien dan keluarganya.

4.2.5 Memperoleh informasi tentang situasi atau hubungan tertentu

Untuk memperoleh informasi terkait situasi/hubungan tertentu, dapat digali dengan mengajukan pertanyaan terbuka, karena pertanyaan terbuka memerlukan jawaban yang panjang atau uraian ganda, seperti bertanya, "Apa yang Anda lakukan untuk memperlakukan anak yang memiliki demam?".

4.2.6 Menentukan kemampuan

Saat merawat pasien di bangsal, banyak pasien pasca operasi yang karena berbagai alasan tidak mau berjalan. Ada yang

takut jahitan lepas, nyeri, lemas, dan sebagainya. Untuk itu perlu ditanyakan kemampuan pasien dengan mengajukan pertanyaan “Bisakah anda mandi dan duduk tanpa bantuan?”. Disini perawat perlu bertanya kepada pasien, kemudian perawat menjelaskan pentingnya mobilisasi pasca operasi karena gerakan dapat mengendurkan otot dan meningkatkan sirkulasi darah.

4.2.7 Mempelajari pola kesehatan

Mempelajari pola kesehatan pasien yang baru masuk rumah sakit, untuk mempelajari kebiasaan di rumah, jika memungkinkan perawat dapat memperbaiki atau mengubah kebiasaan tersebut terutama kebiasaan tidur, makan dan kebersihan.

4.2.8 Memotivasi untuk bertindak

Mendorong dan mengarahkan pasien untuk bertindak. Pasien pasca operasi harus dipandu agar berusaha untuk bergerak dengan berlatih duduk, makan sendiri, dan berjalan.

4.2.6 Memberikan nasehat

Komunikasi keperawatan juga bersifat memberikan nasehat kepada pasien, keluarga dan masyarakat.

4.3 Komunikasi dalam keperawatan keluarga mencakup berbagai aspek, antara lain:

4.3.1 Mendengarkan

Perawat harus secara aktif mendengarkan keluhan, kekhawatiran, dan kebutuhan keluarga. Mendengarkan dengan empati dan tanpa penilaian membantu menciptakan lingkungan yang kondusif untuk komunikasi yang efektif.

4.3.2 Memberikan informasi

Perawat harus memberikan informasi yang jelas dan akurat kepada keluarga tentang kondisi pasien, rencana perawatan, prosedur medis, dan harapan pemulihan. Ini membantu keluarga memahami apa yang terjadi dan mengambil bagian aktif dalam perawatan pasien.

4.3.3 Pengambilan keputusan

Komunikasi yang baik melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan tentang perawatan pasien. Perawat harus memastikan bahwa penjelasan yang cukup diberikan kepada keluarga untuk memahami pilihan pengobatan yang tersedia sehingga mereka dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan.

4.3.4 Memberikan dukungan emosional

Komunikasi dalam keperawatan keluarga juga termasuk memberikan dukungan emosional kepada keluarga pasien. Perawat harus memahami perasaan dan kekhawatiran keluarga dan memberikan dukungan yang tepat.

4.4 Bentuk/Jenis Komunikasi dalam Keperawatan Keluarga

Tujuan utama komunikasi adalah untuk membangun atau memperkuat hubungan antara individu atau kelompok. Beberapa struktur/jenis korespondensi secara khusus:

4.4.1 Komunikasi verbal dengan kata-kata

1. Memahami komunikasi verbal

Komunikasi berlangsung melalui kata-kata, lisan atau tulisan (Nurjannah, 2005). Meskipun alat komunikasi yang paling berpengaruh adalah bahasa non-verbal, kata merupakan alat komunikasi yang sangat penting. Menurut (Leddy, 2004), perawat harus memperhatikan beberapa

hal dalam komunikasi verbal: masalah teknis, yaitu seberapa akurat pesan dapat menyampaikan simbol-simbol pesan. Masalah semantik adalah seberapa cocok karakter dengan pesan yang dimaksud. Masalah pengaruh adalah seberapa efektif nilai yang diterima mempengaruhi perilaku

2. Komunikasi verbal mencakup aspek-aspek seperti:
 - a. *Vocabulary* (perbendaharaan kata-kata). Komunikasi tidak akan efektif jika pesan disampaikan dengan kata-kata yang tidak dapat dipahami, sehingga penanganan kata menjadi penting dalam korespondensi.
 - b. *Racing* (kecepatan). Komunikasi akan lebih efektif dan berhasil jika kecepatan percakapan diatur dengan benar, tidak terlalu cepat atau terlalu lamban.
 - c. Intonasi suara akan sangat mempengaruhi pentingnya pesan, sehingga pesan tersebut akan memiliki signifikansi alternatif ketika diucapkan dengan nada suara alternatif. Komunikasi terhambat oleh intonasi suara yang tidak proporsional.
 - d. Humor: Tertawa memiliki hubungan fisik dan mental, dan harus diingat bahwa humor adalah interupsi utama dalam korespondensi
 - e. Secara singkat dan jelas. Komunikasi akan efektif jika disampaikan secara ringkas dan jelas, langsung ke inti permasalahan, sehingga lebih mudah dipahami.
 - f. Pengaturan waktu (waktu yang tepat) merupakan hal kritis yang perlu diperhatikan karena komunikasi akan berarti seseorang siap untuk berkomunikasi, yang berarti mereka dapat meluangkan waktu untuk mendengar atau memperhatikan apa yang dikatakan.

4.4.2 Komunikasi nonverbal

1. Memahami.

Transmisi pesan tanpa menggunakan kata-kata dikenal sebagai komunikasi nonverbal, dan komunikasi nonverbal memberi makna pada komunikasi verbal. Korespondensi nonverbal adalah korespondensi yang tidak memasukkan wacana lisan dan tulisan (Nurjannah, 2005). 90% makna komunikasi berasal dari komunikasi nonverbal (Hunsaker dalam Leddy, 2004). Hal ini menunjukkan pentingnya mempelajari komunikasi nonverbal.

2. Klarifikasi komunikasi nonverbal.

Apa yang dimaksud dengan komunikasi nonverbal antara lain:

- a. Ekspresi wajah
- b. Kontak mata
- c. Menyentuh
- d. Postur dan gaya berjalan
- e. suara
- f. Sikap

4.5 Hambatan Komunikasi dalam Keperawatan Keluarga

4.5.1 Konflik peran

Tidak hanya sikap keluarga pasien terhadap mereka yang menjadi faktor kesulitan komunikasi perawat, tetapi juga keadaan psikologis dan fisik pasien, seperti kelelahan atau masalah pribadi, terkadang perawat sering melupakan penampilan mereka ketika berkomunikasi dengan keluarga pasien. Hal ini tentunya dapat menjadi kendala bagi perawat untuk berkomunikasi dengan keluarga pasien.

Keadaan yang tidak diinginkan yang dialami oleh petugas dapat menimbulkan tekanan bagi petugas kesehatan yang pada akhirnya akan menyebabkan burnout yang profesional. Kesusahan yang dialami petugas kesehatan akan mempengaruhi pelayanan

yang diberikan, mengingat petugas merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan. Namun, komunikasi yang efektif antara perawat, pasien, dan keluarga mereka sangat bergantung pada isyarat nonverbal seperti senyuman dan ekspresi wajah (Xu, Staples, & Shen, 2012).

Hal ini karena kelelahan yang mereka alami dan masalah pribadi yang mereka hadapi mempengaruhi penampilan mereka, misalnya mereka jarang tersenyum saat menyampaikan informasi kepada keluarga pasien. Interaksi perawat dengan keluarga pasien dapat terhambat oleh masalah pribadi, serta kurangnya staf dan beban kerja yang berat yang membuat perawat memiliki sedikit waktu untuk keluarga pasien, yang dapat menyebabkan interaksi negatif antara dokter, perawat, dan keluarga (Logmani, Borhani dan Abbaszadeh, 2014).

4.5.2 Faktor demografi keluarga

Hambatan bagi petugas dalam berbicara dengan orang tua karena kelemahan mental. Oleh karena itu, penting untuk menggunakan strategi khusus yang sesuai dengan kondisi mereka, seperti menggunakan bahasa dasar dan wacana lambat. Tingkat pendidikan keluarga pasien mempengaruhi seberapa baik mereka memahami informasi perawat. Hal ini dijelaskan dalam penelitian (Astutik, 2011). bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah baginya untuk menerima informasi yang diberikan oleh tenaga medis, begitu pula sebaliknya.

Ada 3 subtema yang terkait dengan faktor demografi keluarga:

1. Usia

Usia merupakan salah satu faktor demografi keluarga yang mempengaruhi komunikasi. Hal ini karena cara kita berkomunikasi dengan orang lain tentu saja diatur oleh faktor demografi orang tersebut, salah satunya adalah usia. Dalam hal ini, kita sebagai perawat harus mampu menyesuaikan diri dan memposisikan diri untuk

mengakomodasi perbedaan usia antara perawat dan keluarga pasien, baik yang lebih muda, sebaya maupun yang lebih tua.

2. Pendidikan

Selain usia, status pendidikan juga berpengaruh besar terhadap terjalannya komunikasi. Perbedaan tingkat pendidikan mengarah pada fakta bahwa setiap orang memiliki pemahaman yang berbeda tentang pencernaan informasi yang diberikan.

3. Ekonomi

Salah satu status sosial yang dapat mempengaruhi komunikasi yang ada adalah ekonomi. Hal ini dikarenakan membutuhkan banyak pemikiran dan pertimbangan dalam hal pendanaan mengingat hal tersebut penting bagi keluarga pasien.

4.5.3 Kesalahpahaman

Keanekaragaman budaya dan bahasa seringkali menjadi penghambat komunikasi. Hal ini disebabkan karena setiap daerah memiliki budaya dan bahasa yang berbeda, yang tentunya akan mempengaruhi komunikasi. Ada 2 bagian terkait kesalahpahaman komunikasi yang sering terjadi saat perawat berkomunikasi:

1. Budaya

Budaya setiap orang unik untuk wilayah tempat mereka tinggal. Setiap daerah memiliki kualitasnya masing-masing yang dapat mempengaruhi korespondensi yang ada antar individu. Kehadiran kontras sosial yang dirasakan oleh setengah dari saksi dapat memicu kesalahan saat berbicara dengan orang yang dicintai pasien.

2. Bahasa

Setiap daerah baik negara provinsi maupun kabupaten memiliki bahasanya sendiri. Sehingga perbedaan itu sangat

mempengaruhi komunikasi antara pasien, perawat dan keluarga.

4.6 Penutup

Sebagai penutup penulis mampu berkesimpulan bahwa:

1. Korespondensi antara petugas dan keluarga pasien dalam memberikan administrasi data adalah data klinis atau kesejahteraan, yang bertujuan untuk menciptakan informasi bagi keluarga dan mencegah kesalahpahaman yang mungkin terjadi pada pasien. Perawat berkomunikasi dengan keluarga pasien baik secara formal maupun informal. mudah dipahami oleh keluarga pasien. Pertukaran yang hilang antara perawat dan keluarga jangka panjang biasanya terjadi karena berada di luar kemampuan/kontrol perawat, seperti informasi tentang kapan dokter muncul, dan terkait dengan metode klinik dan seperangkat prinsip keperawatan.
2. Hubungan yang baik antara penanggung jawab medis dan keluarga pasien dapat dibentuk dengan surat menyurat dan kewajiban (ahli) dan tidak terpisah antara keadaan dengan keluarga yang sedang berjalan, baik keluarga pasien bpjs maupun masyarakat secara keseluruhan. Orang-orang di sekitar seseorang menilai apakah mereka memiliki sikap yang baik atau buruk. Disposisi ramah dan perhatian seseorang dapat ditentukan dari penampilannya, suara suaranya saat menyampaikan dan dari aktivitasnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, Puspita Dwi. 2011. *Sistem Informasi Penjualan Obat Pada Apotek Jati Farma Arjosari*. Sentra Penelitian Engineering dan Edukasi.
- Davis, Keith. 1981. *Human Behavior At Work (Organization Behavior)*. Grolier Incorporated.
- Depkes. 2006. *Standar Pelayanan Keperawatan di ICU*. Retrieved Januari Jumat, 2016, from Perpustakaan DEPKES: <https://www.perpustakaan.depkes.go.id>
- Friedman, M. M., & Bowden, V. R. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik (E. Tiar (ed.); 5th ed.)*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kepmenkes. 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (Icu) Di Rumah Sakit*. Retrieved Januari Jumat, 2016, from <http://badanmutu.or.id>
- Kholifah, S. N., & Widagdo, W. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Leedy, Paul D. dan Jeanne E. Ormrod. *Practical Research: Planning and Design Research*. Ohio: Pearson Merrill Prentice Hall, 2005.
- Liljeroos, M., Snellman, I. M., & Ekstedt, M. H. 2011. *A Qualitative Study on The Role of Patient-Nurse Communication in Acute Cardiac Care*. Journal of Nursing Education and Practice Vol.1, No. 1.
- Loghmani, L., Borhani, F., & Abbaszadeh, A. 2014. *Factors Affecting The Nurse-Patient's Family Communication In Intensive Care Unit Of Kerman: Qualitative Study*. Journal of Caring Sciences, 67-82.

- Musliha & Fatmawati. 2009). *Komunikasi Keperawatan Plus Materi Komunikasi Terapeutik*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nurjannah, I. S. 2005. *Komunikasi Terapeutik (Dasar-Dasar Komunikasi Bagi Perawat)*. Yogyakarta: Mocomedia.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., Hall, A. M., Crisp, J., Douglas, C., Rebeiro, G., & Waters, D. 2020. *Dasar-Dasar Keperawatan Volume 1*, Edisi Indonesia ke-9. Elsevier Ltd.
- Suryani. 2014. *Komunikasi Terapeutik: Teori & Praktik, Ed. 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Xu, Y., Staples, S., & Shen, J. J. 2012. *Nonverbal Communication Behaviors of Internationally Educated Nurses and Patient Care*. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, Vol. 26, No. 4.

BAB 5

PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Teti Rahmawati

5.1 Pendahuluan

Promosi kesehatan adalah perluasan dari konsep pendidikan kesehatan, yang berjalan sejalan dengan perubahan paradigma kesehatan masyarakat (*public health*). Perubahan paradigma kesehatan masyarakat terjadi antara lain karena adanya perubahan pola penyakit, gaya hidup, kondisi kehidupan, lingkungan kehidupan, dan demografi (Depkes RI, 2014). Pengetahuan masyarakat yang diperoleh melalui proses pendidikan saja tidak cukup untuk dapat mengubah perilaku kesehatan masyarakat. Pemberian pengetahuan harus disertai dengan usaha peningkatan kesehatan. Kesadaran akan hal ini menghasilkan munculnya paradigma baru kesehatan masyarakat, yang mengubah pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan.

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan individu tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai tingkat kesehatan masyarakat yang tertinggi di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan berkualitas, hidup dalam lingkungan yang sehat, dan memiliki tingkat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Sasaran utama dalam upaya perkembangan penduduk dan pembangunan masyarakat adalah keluarga, sebagai unit terkecil dalam masyarakat.

Implementasi kegiatan dilakukan melalui pemberian asuhan keperawatan keluarga yang bertujuan untuk melakukan perubahan kondisi kesehatan keluarga yang diawali dari memperbaiki pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan. Setiap perubahan di keluarga memerlukan peran perawat komunitas dengan melihat apa yang dicapai pada setiap kegiatan keperawatan keluarga yang dilakukan. Apakah intervensi yang dilakukan mengharuskan adanya perubahan pengetahuan, sikap, atau tindakan. Salah satu bentuk program kegiatan yang dilakukan perawat komunitas adalah melakukan pendidikan kesehatan (*good instruction*).

5.2 Pengertian Promosi Kesehatan

Pengertian Promosi Kesehatan Pendidikan kesehatan (*good instruction*), merupakan salah satu kegiatan yang ditujukan dalam rangka promosi kesehatan (*good advancement*). Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan penyampaian pesan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat agar mereka memperoleh pengetahuan kesehatan sehingga nantinya berpengaruh terhadap sikap dan perubahan perilaku kesehatannya. Perubahan yang terjadi dipengaruhi oleh peran perawat komunitas dalam menyampaikan pesan kesehatan, sasaran penerima pesan kesehatan yang dalam hal ini adalah keluarga, juga dipengaruhi oleh bagaimana pesan tersebut sampai pada keluarga dengan memperhatikan aspek waktu, kesesuaian metode dan media alat peraga yang digunakan, ketersediaan sarana dan fasilitas yang ada, tujuan penyampaian pendidikan kesehatan, dan kemampuan keluarga dalam menerima pesan kesehatan tersebut.

Menurut Ledy (2008) Promosi kesehatan menekankan pentingnya peran perawat dalam mempromosikan kekuatan manusia yang positif untuk membantu dan mendorong manifestasi, seperti kesejahteraan, keharmonisan, dan pertumbuhan. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat agar mereka mau dan mampu untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012). Menurut Green (1990) dalam Notoatmodjo (2012), tindakan ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu:

1. Faktor kecenderungan (*predisposisi*), yang meliputi pengetahuan dan sikap seseorang.
2. Faktor memungkinkan (*enabling factors*), yang meliputi fasilitas, infrastruktur, dan sumber daya yang mendukung terjadinya perubahan tindakan.
3. Faktor penguat (*reinforcing factors*) merupakan factor penguat bagi seseorang untuk mengubah perilaku seperti tokoh masyarakat, undang-undang, peraturan, dan keputusan.

5.3 Metode Pendidikan Kesehatan Keluarga

5.3.1 Pengetian

Metode merupakan cara untuk melaksanakan pendidikan kesehatan kepada sasaran, sedangkan tehnik adalah segala upaya tertentu agar cara yang dilaksanakan dapat terwujud secara baik dan sempurna. Pemilihan metode pendidikan kesehatan, disesuaikan dengan tujuan pendidikan, kemampuan sasaran, kemampuan pemberi pendidikan kesehatan, besarnya audien yang akan diberikan pendidikan kesehatan, tingkat pendidikan audien serta waktu penyampaian pendidikan kesehatan.

5.3.2 Tujuan Pemilihan Metode Pendidikan Kesehatan

Penggunaan metoda pendidikan kesehatan tergantung pada tujuan yang akan dicapai (apakah mengharapkan terjadinya

perubahan pengetahuan, sikap, atau tindakan). Berikut ini beberapa metode pendidikan kesehatan untuk merubah masing-masing unsur perilaku yang diharapkan seperti:

1. Perubahan pengetahuan, dapat menggunakan metode ceramah, *workshop*, studi kasus, curah pendapat, panel, symposium
2. Perubahan sikap, dapat menggunakan metode diskusi kelompok, tanya jawab, *roleplay*, pemutaran film, siaran terprogram
3. Perubahan tindakan, dapat menggunakan metode demonstrasi.

Dari metode pendidikan kesehatan diatas, yang sesuai untuk dilakukan pada saat melakukan asuhan keperawatan melalui kunjungan rumah dan melakukan pendidikan kesehatan pada keluarga, antara lain: ceramah, tanya jawab, *role play*, pemutaran film, demonstrasi, dan latihan mandiri.

5.2.3 Jenis Metode Pendidikan Kesehatan

Jenis metode pendidikan kesehatan :

1. Berdasarkan Teknik Komunikasi
 - a. Pendekatan langsung.

Pendidikan kesehatan dilakukan secara langsung berhadapan atau bertatap muka dengan sasaran. Termasuk di sini antara lain: kunjungan rumah, pertemuan diskusi (FGD), pertemuan di balai desa, pertemuan di Posyandu.
 - b. Pendekatan tidak langsung.

Pendidikan kesehatan dilakukan tidak langsung berhadapan secara tatap muka dengan sasaran, tetapi ia menyampaikan pesannya dengan perantara (media). Umpamanya publikasi dalam bentuk media cetak, melalui pertunjukan film, dsb.

2. Berdasarkan Jumlah Sasaran Yang Dicapai
 - a. Pendekatan individu,
Penyuluh berinteraksi secara langsung maupun tidak langsung dengan target secara individu, antara lain: kunjungan rumah, komunikasi telepon, dan lain-lain.
 - b. Pendekatan kelompok,
Petugas promosi berinteraksi dengan sekelompok target. Beberapa metode penyuluhan yang termasuk dalam kategori ini antara lain: pertemuan, demonstrasi, diskusi kelompok, pertemuan FGD, dan lain-lain.
3. Berdasarkan Indera Penerima
 - a. Metode melihat/memperhatikan
Pesan diterima sasaran melalui indera penglihatan, seperti: Pemasangan Poster, Pemasangan Gambar/Foto, Pemasangan Koran dinding, Pemutaran Film.
 - b. Metode pendengaran
Pesan diterima oleh sasaran melalui indera pendengaran, misalnya: Penyuluhan lewat radio, Pidato, Ceramah, dll.
 - c. Metode "kombinasi"
Pesan diterima oleh sasaran melalui berbagai panca indera, misalnya: Demonstrasi (dilihat, didengar, dicium, diraba dan dicoba).

5.2.4 Macam-Macam Metode Pendidikan Kesehatan

Pada sasaran individu dan keluarga, perawat komunitas dapat menggunakan metode ceramah, tanya jawab, *role play*, pemutaran film, dan demonstrasi. Sedangkan pada sasaran kelompok dan masyarakat, perawat komunitas dapat menggunakan metode ceramah, diskusi kelompok, Tanya jawab, curah pendapat, demonstrasi, studi kasus, panel, symposium, *role play*, film, siaran program.

1. Ceramah

Ceramah merupakan salah satu metode penyampaian informasi yang disampaikan oleh perawat komunitas untuk menjelaskan ide, pengertian atau pesan kesehatan disertai diskusi dan tanya jawab secara langsung. Keuntungan metode ceramah adalah dapat dipakai pada orang dewasa dengan kelompok besar, tidak melibatkan terlalu banyak alat bantu, mudah untuk menyelenggarakannya. Sedangkan kerugiannya adalah karena hanya menggunakan kata-kata sehingga bila daya ingat terbatas akan menyebabkan pesan kesehatan tidak sampai karena hanya menggunakan satu indera saja. Perawat komunitas harus menguasai pokok pembicaraan, dan harus dapat memanfaatkan pendengarannya dengan cara menilai reaksi keluarga baik verbal maupun non verbal. Pandangan harus tertuju pada semua sasaran, dengan menggunakan suara yang cukup jelas dengan penampilan yang meyakinkan dan menguasai seluruh topik materi yang disampaikan

2. Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok dapat dilakukan bila peserta diskusi kurang dari 15 orang. Agar semua peserta diskusi dapat berpartisipasi, diperlukan tata letak duduk berhadapan dan saling memandang satu sama lainnya, seperti saat melakukan kegiatan refleksi diskusi kasus. Tujuan diskusi diharapkan terjadi keterbukaan dan kebebasan untuk mengeluarkan pendapat, sehingga diperlukan peran fasilitator atau pemimpin diskusi untuk mengarahkan dan mengatur jalannya diskusi sehingga semua orang mempunyai kesempatan yang sama untuk menyampaikan pendapatnya tanpa ada dominasi diantara mereka. Keuntungan metode diskusi adalah mendorong rasa kesatuan dan menciptakan rasa kepemimpinan bersama dengan saling memberikan pendapat dan memperoleh pendapat dari orang lain. Sedangkan kerugiannya adalah tidak dapat dipakai pada kelompok besar karena dianggap kurang

efektif dan diskusi dapat berlarut-larut, terutama bila diskusi didominasi oleh orang-orang tertentu saja dan pemimpin diskusi tidak dapat mengarahkan jalannya diskusi.

3. Curah pendapat (*brain rasing*)

Curah pendapat merupakan proses pemecahan masalah dimana anggotanya mengusulkan semua kemungkinan pemecahan yang difikirkan olehnya, tanpa ada kritik dan evaluasi atas pendapat mereka. Kegiatan curah pendapat dapat dilakukan pada saat *Focus Group Discussion* (FGD) Prinsip pelaksanaan curah pendapat sama dengan diskusi kelompok, memerlukan pemimpin diskusi untuk memancing satu masalah yang menarik untuk dibahas bersama dan menjadi kebutuhan masyarakat. Keuntungan metode curah pendapat adalah dapat digunakan pada kelompok besar maupun kecil dengan cara membangkitkan dan merangsang pendapat baru tanpa memberikan evaluasi atas pendapat yang disampaikan, merangsang semua peserta untuk berbicara dan mengeluarkan pendapatnya, tidak menyita waktu lama. Sedangkan kekurangannya adalah sangat sulit membuat anggota mengerti bahwa segala pendapatnya dapat diterima dan ada kecenderungan peserta mengadakan evaluasi segera setelah pendapat diajukan, terkadang diskusi mudah terlepas dari kontrol terutama bila pemimpin diskusi atau fasilitator kurang bisa mengarahkan

4. Demonstrasi

Demonstrasi merupakan cara penyampaian ide yang dipersiapkan dengan teliti untuk mengevaluasi adanya perubahan psikomotor dengan memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, prosedur dengan disertai alat peraga dan tanya jawab. Demonstrasi biasanya dilakukan oleh perawat komunitas untuk memberikan gambaran tentang prosedur atau langkah-langkah pelaksanaan terapi modalitas dan terapi komplementer. Evaluasi pencapaian pelaksanaan

demonstrasi dapat diketahui dari redemonstrasi yang dilakukan ulang oleh keluarga. Tujuan demonstrasi adalah untuk mengajarkan bagaimana melaksanakan dan memperagakan suatu tehnik yang baru, dengan cara meyakinkan keluarga bahwa prosedur baru tersebut telah memberikan manfaat. Selain itu juga untuk meningkatkan minat belajar dengan mencoba sendiri prosedur yang didemonstrasikan. Keuntungan metode demonstrasi adalah lebih meyakinkan keluarga karena dapat segera ditiru dan dibuktikan, tidak hanya sekedar memberikan berita yang didengar dan dibaca saja. Sedangkan kerugiannya adalah memerlukan waktu dan biaya besar dalam mempersiapkan bahan yang diperlukan, karena menggunakan benda dan bahan yang sesungguhnya. Selain itu peserta dapat memperoleh kesempatan memperagakan kembali apa yang sudah didemonstrasikan.

5. Studi kasus / case ponder

Studi kasus merupakan gambaran sekumpulan situasi masalah termasuk detail-detail yang memungkinkan kelompok menganalisa masalah. Permasalahan yang digambarkan merupakan bagian dari kehidupan yang memerlukan analisa diagnosa dan terapi, dapat disampaikan secara lisan maupun tertulis. Tujuan penggunaan metode studi kasus, untuk menghubungkan masalah dengan situasi hidup, menganalisis situasi masalah, membantu anggota memahami suatu masalah, menganalisis fakta yang ada tentang suatu masalah, mencari kemungkinan pemecahan masalah. Studi kasus dapat dilakukan secara tertulis, lisan, difilmkan, diperankan atau diceritakan dengan memberi kesempatan peserta untuk menggunakan pengetahuan dan ketrampilannya. Diperlukan pemimpin studi kasus yang terampil, dan memerlukan banyak waktu jika dilakukan secara mendalam. memberikan kesempatan kepada anggota secara merata untuk mengusulkan pemecahan, serta

memungkinkan dilakukannya tindak lanjut dengan menggunakan simulasi.

6. Panel

Panel merupakan pembicaraan tentang sebuah topik yang sudah direncanakan, dilakukan di depan pengunjung. Diskusi panel memerlukan tiga atau lebih panelis yang menjadi pembicara dalam diskusi, didampingi seorang mediator. Tujuannya untuk memberikan pendapat yang berbeda dari berbagai aspek tentang suatu masalah, membahas pokok pembicaraan yang terlalu luas untuk didiskusikan dalam kelompok dan juga untuk menggali suatu masalah. Metode ini dapat memberikan kesempatan mengemukakan pandangan yang berbeda-beda terhadap suatu masalah dengan cara meningkatkan kemampuan analisis dan membangkitkan berfikir kritis diantara peserta. Pertukaran pendapat diantara pembicara dapat membangkitkan suasana diskusi. Metode ini memerlukan persiapan yang matang dan waktu yang cukup, karena dapat berlarut-larut sehingga tujuan diskusi tidak tercapai serta memungkinkan pembicara berbicara terlalu banyak terutama bila mediator tidak trampil dalam memanfaatkan waktu yang tersedia bahkan dapat memecahbelahkan peserta, bila mereka memihak pembicara tertentu.

7. Simposium

Simposium merupakan serangkaian pidato pendek di depan pengunjung dengan mengungkapkan aspek-aspek yang berbeda dari suatu topik tertentu dan dipimpin oleh mediator. Bertujuan untuk mengupas aspek yang berbeda dari topik tertentu, mengungkap pokok pembicaraan yang sudah ditentukan dengan tidak memerlukan reaksi peserta. Keuntungan metode simposium dapat dipakai pada kelompok besar maupun kecil, dapat mengungkapkan banyak informasi dalam waktu singkat. Sedangkan kekurangannya secara umum membatasi pendapat

pembicara, sulit mengadakan kontrol waktu, kurang spontanitas, dan kurang kreatifitas agak terlalu formal, hanya menekankan pada pokok pembicaraan serta kurang adanya interaksi sosial. Simposium memerlukan perencanaan sebelumnya dengan hati-hati untuk menjalin jangkauan yg tepat.

8. Bermain peran/Role play

Role Play merupakan permainan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan atau tanpa melakukan latihan sebelumnya, dimainkan oleh beberapa orang untuk digunakan sebagai bahan analisis oleh kelompok. Bertujuan untuk menganalisis kemungkinan pemecahan masalah yang melibatkan emosi dengan memberikan gambaran tentang berbagai sikap yang berbeda dalam satu masalah. Metode ini dapat membantu anggota meningkatkan rasa percaya diri, membantu anggota memperoleh pengalaman yang dialami orang lain serta membantu anggota merasakan masalah dan membangkitkan semangat untuk menyelesaikan masalah.

9. Pemutaran film

Pemutaran film adalah penyampaian informasi kepada target melalui media film. Media pemutaran film digunakan untuk mencapai target yang lebih besar, lebih menarik perhatian, membantu proses pengamatan/pengenalan dan ingatan karena bersifat visual. Kelemahan metode pemutaran film adalah membutuhkan peralatan dan teknologi tinggi, mahal, membutuhkan ruangan khusus karena tidak dapat dilaksanakan di tempat sembarangan serta kesulitan dalam menerima informasi tidak dapat segera diatasi.

10. Siaran terprogram

Siaran terprogram merupakan penyampaian informasi secara terprogram melalui siaran radio dan televisi yang bertujuan mengubah pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat. Siaran terprogram dapat digunakan secara efektif untuk

meningkatkan pengetahuan umum, dapat mencakup target yang luas, tenaga pengajar dapat dikurangi sebanyak mungkin. Kekurangan penggunaan metode siaran terprogram, radio dan TV belum merata dimiliki oleh semua golongan masyarakat, memerlukan perencanaan yang baik dan memerlukan penyiar yang terampi.

11. Tanya Jawab

Tanya jawab adalah interaksi antara pembicara dan pendengar yang bertujuan untuk menggali informasi secara mendalam. Keuntungan dari tanya jawab adalah topik pembahasan dapat disesuaikan dengan minat dan perhatian publik, tidak formal seperti ceramah/kuliah sehingga penanya harus memahami permasalahan, mengetahui keinginan publik serta menguasai teknik wawancara.

12. Workshop

Workshop merupakan diskusi atau praktek kerja mengenai topik tertentu. Dilakukan oleh sekelompok individu untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman mereka. Workshop dapat diikuti oleh siapa saja yang membutuhkan informasi sesuai dengan topiknya. Tidak hanya mahasiswa, tetapi juga masyarakat umum dapat mengikuti workshop untuk meningkatkan keterampilan mereka. Keuntungan dari metode workshop adalah mendapatkan pengetahuan dan pengalaman dari narasumber, meningkatkan kemampuan dan keterampilan, memperluas jaringan sosial, dapat menjadi nilai tambah dalam *Curriculum Vitae* (CV), belajar hal-hal baru, kesempatan untuk mendalami bidang, kemampuan, atau keterampilan tertentu. Namun, kekurangannya adalah membutuhkan persiapan yang cukup lama dan sumber daya yang besar, sering melibatkan banyak orang.

Selain metode-metode diatas, perawat komunitas dalam meningkatkan kesehatan keluarga yang berisiko tinggi mengalami

masalah kesehatan dilakukan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan keluarga melalui kunjungan rumah.

Kunjungan rumah merupakan interaksi langsung antara perawat komunitas dengan keluarga di rumah. Cara melakukan kunjungan rumah, hendaknya memperhatikan hal-hal seperti berikut :

1. Memiliki niat dan tujuan tertentu
2. Tepat waktu dan tidak menghabiskan waktu secara percuma
3. Merencanakan beberapa kunjungan berurutan untuk menghemat waktu
4. Mengunjungi keluarga yang tinggalnya jauh bahkan terpencil

Selama melakukan kunjungan rumah, harus diingat hal-hal seperti:

1. Membahas masalah perawatan yang dialami keluarga
2. Biarkan keluarga berbicara sebanyak-banyaknya dan jangan menginterupsi pembicaraan mereka
3. Berbicara jika keluarga ingin mendengarkan masukan perawat
4. Berbicara dengan gaya yang menarik bagi target
5. Gunakan bahasa umum yang sederhana, bicara dengan perlahan dan menciptakan suasana menyenangkan
6. Harus jujur dalam menyampaikan informasi
7. Jangan berbicara terlalu panjang lebar
8. Biarkan keluarga merasa sebagai inisiator ide yang baik
9. Harus jujur dalam mengajar maupun belajar
10. Catat tanggal kunjungan, tujuan, hasil, dan janji yang dibuat
11. Membawa surat selebaran, brosur, dan sejenisnya untuk diberikan kepada keluarga target.

Kelebihan kunjungan rumah

1. Mendapatkan informasi langsung mengenai masalah-masalah kesehatan
2. Membangun hubungan persahabatan
3. Meningkatkan kepercayaan pada pendamping jika saran-sarannya diterima

5.4 Media Pendidikan Kesehatan Keluarga

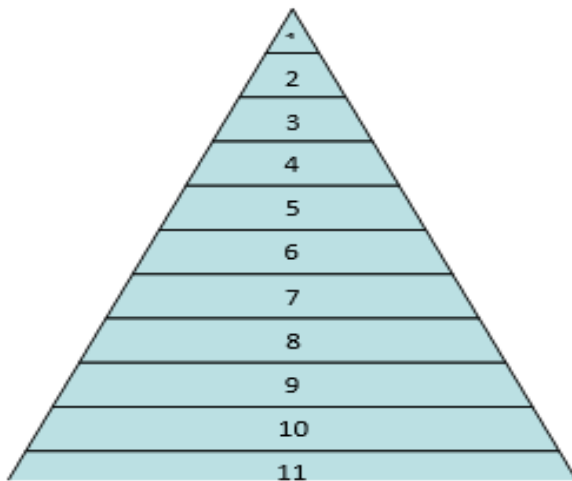
5.4.1 Pengertian

Media pendidikan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan pendidikan kesehatan (Ajik, 1995) dalam Notoatmodjo (1993). Kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat komunitas saat kunjungan rumah bertujuan untuk meningkatkan pemahaman keluarga terhadap pesan yang disampaikan sehingga keluarga mampu melakukan pesan yang disampaikan dalam bentuk psikomotor. Pesan yang disampaikan tersebut dapat lebih mudah diterima jika menggunakan media yang sesuai dengan kebutuhan keluarga. Media ini berfungsi untuk memperagakan sesuatu agar pesan yang disampaikan menjadi lebih jelas dan mudah dipahami oleh keluarga. Media yang digunakan dapat mempermudah keluarga dalam menerima pesan yang disampaikan, jika melibatkan seluruh indera, karena semakin banyak alat indra yang terstimulus akan semakin mudah pesan diterima.

Media juga digunakan sebagai alat bantu untuk penyampaian pesan pendidikan kesehatan dengan cara menjelaskan fakta-fakta, prosedur, dan tindakan secara sistematis. Media ini dapat memudahkan penyampaian pesan kesehatan kepada keluarga, menghindari kesalahan persepsi dengan menampilkan objek secara jelas, serta membantu keluarga belajar dengan lebih cepat dan jelas.

5.4.2 Jenis- Jenis Media Pendidikan Kesehatan

Pemanfaatan alat peraga harus disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai, sasaran penerima pendidikan kesehatan, bahasa yang digunakan keluarga, minat dan perhatian keluarga, pengetahuan dan pengalaman keluarga dalam menerima pesan yang disampaikan, adat istiadat serta kebiasaan keluarga, pendidikan, usia, dan pekerjaan/pendapatan keluarga. Setiap alat peraga memiliki intensitas yang berbeda-beda dalam membantu menyampaikan informasi. Pemanfaatan media (alat bantu) pendidikan kesehatan menurut Elgar Dale, yang memiliki intensitas yang tinggi adalah benda asli, sedangkan yang memiliki intensitas yang rendah adalah dengan kata-kata.



Gambar 4.1. Macam alat peraga berdasarkan tingkat intensitasnya

Keterangan :

1. Kata – kata
2. Tulisan
3. Rekaman radio

4. Film
5. Televisi
6. Pameran
7. Field trip
8. Demonstrasi
9. Sandiwara
10. Benda tiruan
11. Denda asli

Jenis media atau alat peraga yang sederhana, yang biasa dilakukan saat kunjungan keluarga di rumah seperti pamflet, buku cerita bergambar, diorama, kartu gambar, benda nyata. Media yang dapat digunakan di instansi seperti kantor, rumah sakit, puskesmas, dan sekolah seperti papan tulis, posres, diorama, *wool chart*, *flip chart*, buku cerita bergambar. Sedangkan media yang sering digunakan di masyarakat seperti selebaran, kutipan singkat, papan tulis, lembar balik, pemutaran film, VCD, proyektor overhead (OHP), papan tulis, televisi, stiker, majalah.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A.H. 2012. *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Departemen Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5. Jakarta: Depkes RI
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E.G. 2010. *Family Nursing: Research Theory and Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Sutanto, T. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media

BAB 6

ETIKA DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Yanti Mustarin

6.1 Pendahuluan

Etika dalam keperawatan keluarga adalah aspek penting dalam praktek keperawatan modern. Keperawatan keluarga mengacu pada pendekatan holistik dalam merawat pasien dengan melibatkan keluarga sebagai bagian integral dari perawatan dan pemulihan. Etika dalam konteks ini berkaitan dengan nilai-nilai, norma-norma, dan prinsip-prinsip moral yang membimbing perilaku dan keputusan keperawatan keluarga.(Butts and Rich, 2021)

Sebagai perawat, Anda akan berhadapan langsung dengan beragam situasi yang melibatkan keluarga pasien. Dalam konteks ini, pemahaman tentang etika dan kemampuan untuk menghadapinya dengan bijaksana menjadi penting agar pelayanan keperawatan keluarga dapat dilaksanakan dengan integritas dan kebijaksanaan. (Loyd and Murray, 2021)

6.2 Konsep Dasar Etika dalam Keperawatan Keluarga

Etika adalah cabang filsafat yang mempelajari tentang prinsip-prinsip moral, nilai-nilai, dan norma-norma yang mengatur perilaku manusia dalam berbagai situasi dan konteks. Etika berusaha untuk memahami apa yang benar dan salah, bagaimana seseorang seharusnya bertindak, serta mempertimbangkan akibat

dan implikasi etis dari berbagai tindakan dan keputusan. (Boss, 2017)

Sedangkan Keperawatan keluarga adalah suatu pendekatan dalam praktik keperawatan yang memfokuskan perhatian pada keluarga sebagai suatu sistem yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan individu. Dalam keperawatan keluarga, perawat berinteraksi dengan seluruh anggota keluarga untuk memahami dinamika keluarga, pola interaksi, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan keluarga secara keseluruhan. (Maurer and Smith, 2012)

6.2.1 Pengertian Etika dalam Keperawatan Keluarga

1. Etika dalam keperawatan keluarga mencakup prinsip-prinsip moral yang mengatur hubungan antara perawat, pasien, dan keluarga pasien. Hal ini melibatkan pertimbangan etis dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kesehatan dan kehidupan pasien serta keluarga. (Kaakinen *et al.*, 2018)
2. Etika dalam keperawatan keluarga mengacu pada serangkaian nilai, prinsip, dan norma-norma moral yang mengarahkan perilaku dan tindakan perawat ketika berinteraksi dengan keluarga pasien. Etika ini berfungsi sebagai panduan untuk memberikan perawatan yang bermartabat, menghormati, dan berempati terhadap keluarga pasien. Dalam konteks ini, keluarga dipandang sebagai unit perawatan yang utuh dan bukan hanya individu pasien yang sedang dirawat. (Marilyn, FRIEDMAN and VICKY, 2019)

6.2.2 Prinsip-prinsip Etika dalam Keperawatan Keluarga

Beberapa prinsip etika yang relevan dalam keperawatan keluarga adalah:

1. Otonomi dan Keterlibatan Keluarga: Etika keperawatan keluarga menekankan pada pentingnya menghormati otonomi pasien dan keluarganya. Keputusan yang berhubungan dengan perawatan harus melibatkan keluarga sebagai bagian dari tim

- pengambil keputusan, terutama ketika pasien tidak dapat berpartisipasi secara aktif atau dalam situasi kritis.
2. Kerahasiaan dan Privasi: Keperawatan keluarga menghargai hak privasi dan kerahasiaan pasien dan keluarganya. Informasi medis dan pribadi harus dijaga kerahasiaannya, dan hanya boleh diungkapkan kepada pihak yang berwenang atau yang telah mendapatkan izin dari pasien atau keluarganya.
 3. Keadilan: Prinsip keadilan menuntut agar perawatan diberikan secara adil dan setara kepada semua anggota keluarga. Keperawatan harus bersifat inklusif dan menghindari diskriminasi terhadap kelompok atau individu tertentu.
 4. Beneficence dan Non-maleficence: Etika keperawatan keluarga berusaha untuk memberikan manfaat yang sebesar-besarnya kepada pasien dan keluarganya (prinsip beneficence) dan untuk tidak menyebabkan kerugian atau cedera yang tidak perlu (prinsip non-maleficence).
 5. Komunikasi dan Empati: Komunikasi yang efektif dan empati merupakan kunci penting dalam etika keperawatan keluarga. Perawat harus berusaha untuk memahami perasaan dan kebutuhan keluarga, serta memberikan dukungan yang memadai selama proses perawatan.
 6. Pemahaman Kultural: Keanekaragaman budaya dalam keluarga memerlukan pemahaman yang mendalam tentang norma-norma budaya dan keyakinan mereka. Perawat harus menghargai perbedaan dan menjaga sensitivitas terhadap nilai-nilai budaya keluarga pasien.
 7. Transparansi dan Kejujuran (Veracity): Perawat harus berkomunikasi secara jujur tentang diagnosis, prognosis, dan rencana perawatan kepada pasien dan keluarganya. Transparansi membantu membangun kepercayaan dan kemitraan yang kuat antara perawat dan keluarga.

8. Tanggung Jawab Profesional: Etika keperawatan keluarga menekankan pada pentingnya integritas dan komitmen terhadap standar etika dan profesionalisme. Perawat harus menjaga standar tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan dan bertanggung jawab atas tindakan dan keputusan mereka.
9. Kesetiaan (*Fidelity*): Perawat harus memegang komitmen untuk memberikan perawatan yang terbaik kepada keluarga pasien, berdasarkan etika profesional dan standar praktik yang berlaku. Ini mencakup menjaga rahasia medis keluarga dan menghindari benturan kepentingan.
10. Pengampunan: Mengenali bahwa keluarga pasien mungkin mengalami emosi yang beragam dan menantang selama proses perawatan. Sebagai perawat, penting untuk memahami dan memberikan dukungan emosional, serta belajar untuk mengampuni kesalahan dan kesalahpahaman yang mungkin terjadi dalam interaksi dengan keluarga.
11. Akuntabilitas: Perawat harus bertanggung jawab atas tindakan mereka dalam memberikan perawatan kepada keluarga pasien. Ini mencakup melaksanakan tindakan perawatan yang sesuai, mengakui kesalahan jika ada, dan belajar dari pengalaman untuk meningkatkan kualitas perawatan di masa depan.
12. Pusatkan keluarga: Etika keperawatan keluarga menekankan pentingnya mengakui keluarga sebagai unit perawatan yang penting. Melibatkan keluarga dalam proses perawatan, mengakui peran dan tanggung jawab mereka, serta memahami dinamika keluarga adalah aspek penting dari pendekatan etis ini.

Penerapan konsep dasar etika dalam keperawatan keluarga membantu menciptakan lingkungan perawatan yang mendukung, adil, dan menghormati semua anggota keluarga pasien. Hal ini juga

membantu memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan nilai-nilai etis dan standar keperawatan yang tinggi, bermartabat, adil, dan berempati kepada pasien dan keluarganya. (Guido, 2020; Davies, 2022)

6.3 Isu Etika dalam Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga melibatkan perawat dalam memberikan asuhan kesehatan kepada individu sebagai bagian dari keluarga. Dalam proses ini, terdapat isu-isu etika yang perlu diperhatikan untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan nilai-nilai etika keperawatan. Beberapa isu etika yang relevan dalam keperawatan keluarga antara lain:

1. **Privasi dan Kerahasiaan:** Ketika merawat keluarga, perawat harus memastikan privasi keluarga tetap terjaga dan informasi pribadi keluarga tidak tersebar tanpa izin. (Marilyn, FRIEDMAN and VICKY, 2019)
2. **Otonomi:** Perawat harus menghargai otonomi keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan dan memungkinkan keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam proses perawatan. (Kaakinen *et al.*, 2018)
3. **Keadilan:** Memastikan pelayanan kesehatan yang adil dan merata untuk setiap anggota keluarga tanpa diskriminasi. (Guido, 2020)
4. **Komunikasi dan Pengambilan Keputusan Bersama :** Berkomunikasi dengan jujur dan empati kepada keluarga pasien mengenai kondisi kesehatan pasien dan melibatkan keluarga dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan dan pengobatan. (Houser and Oman, 2010)
5. **Batas Profesionalitas:** Perawat harus mengenali batas-batas profesional dalam interaksi dengan keluarga dan menjaga hubungan yang sesuai.

6. Konflik Keluarga: Dalam kasus adanya konflik di antara anggota keluarga, perawat harus menghadapinya dengan bijaksana dan netral.
7. Etika Pemberian Informasi: Perawat perlu memberikan informasi yang akurat, jujur, dan tepat waktu kepada keluarga mengenai kondisi kesehatan dan perawatan yang dibutuhkan..
8. Merawat Keluarga dengan Kondisi Khusus :Memberikan perawatan yang sesuai dan sensitif terhadap keluarga dengan kebutuhan khusus, misalnya keluarga dengan anggota berkebutuhan khusus atau keluarga dengan masalah sosial. (Grason, 2020)

6.4 Refleksi Etika dalam Keperawatan Keluarga

Refleksi etis dalam keperawatan keluarga adalah suatu proses pemikiran kritis dan evaluasi moral yang dilakukan oleh perawat terkait dengan aspek etika dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga pasien. Proses ini melibatkan pertimbangan moral, prinsip-prinsip etika, dan nilai-nilai profesi keperawatan untuk memastikan bahwa tindakan yang diambil adalah yang terbaik bagi keluarga pasien dan sesuai dengan standar etika yang berlaku.(Chen *et al.*, 2017)

Dalam keperawatan keluarga, refleksi etis dapat mencakup beberapa hal, antara lain: (Bell, 2017)Privasi dan Kerahasiaan:

Bagaimana perawat menjaga privasi dan kerahasiaan informasi tentang keluarga pasien dalam proses perawatan?

Apakah ada situasi di mana perawat harus menghadapi dilema antara menjaga privasi dan berbagi informasi dengan anggota tim kesehatan lainnya untuk kepentingan pasien?

1. Penerimaan dan Toleransi:

Bagaimana perawat menunjukkan sikap penerimaan dan toleransi terhadap keberagaman keluarga pasien, termasuk kepercayaan, budaya, dan nilai-nilai mereka?

2. **Pengambilan Keputusan Bersama:**
Bagaimana perawat melibatkan anggota keluarga dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan pasien?
Apakah perawat memastikan bahwa anggota keluarga memiliki informasi yang cukup untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengambilan keputusan tersebut?
3. **Keterlibatan Keluarga:**
Bagaimana perawat memastikan keterlibatan aktif keluarga dalam merencanakan dan memberikan perawatan kepada pasien? Apakah perawat mendukung hubungan yang saling mendukung antara keluarga dan pasien?
4. **Penghormatan Terhadap Kebutuhan Spiritual:** Bagaimana perawat mengakomodasi dan menghormati kebutuhan spiritual keluarga pasien dalam asuhan keperawatan?
5. **Kesetaraan dan Keadilan:**
Bagaimana perawat memastikan bahwa setiap anggota keluarga diperlakukan secara adil dan setara, tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau etnis?

6.5 Pelaksanaan etika dalam keperawatan keluarga

Berikut adalah beberapa contoh pelaksanaan etika dalam keperawatan keluarga: (Denham *et al.*, 2015; Potter *et al.*, 2021)

1. *Informed Consent* (Persetujuan Berdasarkan Informasi):
Seorang perawat harus memastikan bahwa anggota keluarga telah diberikan informasi yang lengkap dan cukup tentang kondisi pasien dan rencana perawatan yang diusulkan sebelum meminta persetujuan mereka. Hal ini menghargai otonomi keluarga dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan perawatan pasien.
2. **Privasi dan Kerahasiaan:** Seorang perawat harus menjaga privasi dan kerahasiaan informasi medis pasien dan keluarga. Ini termasuk menghindari membahas kondisi pasien di depan

orang lain tanpa izin dan menyimpan catatan medis dengan aman.

3. Menghormati Nilai dan Keyakinan Keluarga: Seorang perawat harus menghormati nilai-nilai dan keyakinan keluarga, termasuk budaya, agama, dan praktik spiritual. Hal ini bisa mencakup penyesuaian perawatan agar sesuai dengan preferensi keluarga yang bersangkutan.
4. Empati dan Komunikasi Efektif: Perawat harus mendengarkan dengan empati dan berkomunikasi secara efektif dengan keluarga. Menghargai perasaan dan kekhawatiran keluarga membantu membangun hubungan kepercayaan dan memastikan perawatan yang lebih holistik.
5. Kesetaraan dan Keadilan: Seorang perawat harus memberikan perawatan yang setara dan adil kepada semua anggota keluarga tanpa diskriminasi berdasarkan ras, etnis, gender, atau latar belakang sosial-ekonomi.
6. Kompetensi Profesional: Seorang perawat harus memiliki kompetensi profesional yang tinggi dan berkomitmen untuk memberikan perawatan yang aman dan efektif kepada pasien dan keluarganya.
7. Kejujuran dalam Penyampaian Informasi: Perawat harus berbicara dengan jujur tentang kondisi pasien dan proses perawatan yang dijalani. Menghindari menyembunyikan informasi yang penting membantu keluarga untuk membuat keputusan yang lebih baik.
8. Menghormati Batas Profesional: Seorang perawat harus menghormati batas-batas profesional dalam hubungannya dengan keluarga pasien. Ini mencakup memastikan bahwa hubungan tetap profesional dan tidak ada konflik kepentingan yang mungkin mempengaruhi perawatan.
9. Menghormati Keputusan Keluarga: Ketika anggota keluarga telah melakukan keputusan tentang perawatan pasien yang sesuai dengan nilai dan kehendak mereka, perawat harus

menghormati keputusan tersebut kecuali jika keputusan tersebut mengancam keselamatan pasien.

10. Penerapan etika dalam keperawatan keluarga adalah hal yang kompleks dan memerlukan penyesuaian berdasarkan situasi dan kebutuhan keluarga tertentu. Perawat harus selalu berusaha untuk menjadi advokat bagi pasien dan keluarganya, sambil tetap mematuhi standar etika dan profesionalisme dalam praktik keperawatan.
11. Penanganan Konflik, dalam beberapa situasi, keluarga mungkin memiliki pandangan atau keputusan yang berbeda mengenai perawatan yang diusulkan. Perawat harus berusaha untuk membantu keluarga dalam menyelesaikan konflik ini dengan cara yang saling menghormati dan mengutamakan kepentingan pasien.
12. Mengidentifikasi Sumber Daya Dukungan Keluarga, Perawat dapat membantu keluarga dengan mengidentifikasi dan menghubungkan mereka dengan sumber daya dukungan, seperti kelompok dukungan keluarga atau layanan sosial, yang dapat membantu mengurangi beban perawatan dan meningkatkan kualitas hidup keluarga.
13. Kontinuitas Perawatan, Perawat harus berkomitmen untuk memberikan perawatan yang berkelanjutan dan konsisten kepada anggota keluarga. Hal ini melibatkan koordinasi perawatan dengan anggota tim kesehatan lainnya dan memastikan bahwa rencana perawatan dijalankan sesuai dengan yang telah disepakati bersama keluarga.

6.6 Hambatan dalam pelaksanaan etika dalam keperawatan keluarga

Pelaksanaan etika dalam keperawatan keluarga dapat menghadapi beberapa hambatan yang perlu diatasi agar perawatan keluarga menjadi lebih efektif dan terarah. Beberapa hambatan tersebut antara lain:

1. **Konflik Nilai:** Setiap keluarga memiliki nilai dan kepercayaan yang berbeda-beda. Perawat sering kali dihadapkan pada situasi di mana nilai-nilai keluarga mungkin bertentangan dengan nilai profesional atau norma etika keperawatan. Konflik nilai ini dapat menyulitkan perawat dalam memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga.
2. **Privasi dan Keamanan:** Dalam memberikan perawatan keluarga, perawat harus memahami dan menghormati privasi dan keamanan keluarga. Namun, tidak selalu mudah untuk menavigasi batas-batas ini, terutama dalam situasi di mana informasi pribadi keluarga harus dibagikan dengan anggota tim kesehatan lainnya.
3. **Keterlibatan Emosional:** Perawat sering kali terlibat secara emosional dengan keluarga yang dirawat. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan objektif perawat dalam mengambil keputusan dan memberikan perawatan yang tepat.
4. **Keterbatasan Sumber Daya:** Tidak semua fasilitas kesehatan memiliki sumber daya yang cukup untuk mendukung pendekatan keperawatan keluarga secara optimal. Keterbatasan sumber daya ini dapat mempengaruhi kemampuan perawat untuk memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga.
5. **Komunikasi:** Komunikasi yang buruk atau tidak efektif antara perawat dan keluarga dapat menyulitkan pemahaman tentang kebutuhan keluarga dan menyebabkan kesalahpahaman dalam perawatan.
6. **Tuntutan Waktu:** Waktu yang terbatas untuk memberikan perawatan dapat menyebabkan dilema etika dan mengurangi kesempatan untuk membahas masalah etika secara mendalam.

7. Ketidakpastian Diagnosa dan Prognosis: Ketidakpastian dalam diagnosis atau prognosis dapat menyulitkan pengambilan keputusan etis tentang rencana perawatan yang tepat.
8. Kurangnya Pelatihan Etika: Kurangnya pelatihan formal dalam etika keperawatan juga dapat menjadi hambatan, karena perawat mungkin merasa kurang percaya diri dalam menghadapi masalah etika yang rumit. (Larkin *et al.*, 2019)

6.7 Akibat jika etika dalam keperawatan keluarga tidak dilaksanakan/diterapkan

Jika etika keperawatan tidak diterapkan atau diabaikan, berbagai konsekuensi negatif dapat muncul baik bagi pasien, keluarga, maupun bagi profesi perawat itu sendiri. Berikut adalah beberapa akibat yang dapat timbul jika etika keperawatan tidak diikuti:

1. Kualitas perawatan menurun: Etika keperawatan adalah pedoman moral yang membantu perawat untuk memberikan perawatan yang berkualitas tinggi, empatik, dan profesional. Jika etika diabaikan, kualitas perawatan bisa menurun dan menyebabkan risiko kesalahan medis atau komplikasi yang dapat merugikan pasien.
2. Hilangnya kepercayaan pasien: Etika keperawatan membantu membangun kepercayaan antara perawat dan pasien. Jika perawat tidak berperilaku secara etis, pasien mungkin merasa tidak aman atau ragu untuk berkomunikasi dengan perawat tentang masalah kesehatan mereka.
3. Pelanggaran privasi dan rahasia medis: Etika keperawatan juga mencakup prinsip kerahasiaan dan privasi pasien. Jika perawat tidak mematuhi etika ini, informasi rahasia pasien bisa terungkap, yang dapat menyebabkan pelanggaran privasi dan masalah hukum.
4. Konflik dalam tim perawatan: Etika keperawatan juga berperan dalam membentuk hubungan yang baik antara

anggota tim perawatan. Jika etika diabaikan, konflik dan ketegangan dalam tim perawatan bisa muncul, yang berdampak negatif pada kualitas perawatan pasien.

5. Potensi penyalahgunaan kekuasaan: Perawat memiliki posisi otoritas dan kepercayaan dari pasien. Tanpa etika yang benar, ada risiko penyalahgunaan kekuasaan atau perlakuan yang tidak tepat terhadap pasien yang rentan.
6. Merusak reputasi profesi: Etika keperawatan adalah fondasi dari profesi perawat yang dihormati dan dipercaya. Jika etika tidak ditegakkan, reputasi profesi perawat dapat tercoreng, dan masyarakat mungkin kehilangan kepercayaan pada perawat secara keseluruhan.
7. Risiko keselamatan pasien: Etika keperawatan melibatkan kewajiban untuk melindungi keselamatan dan kesejahteraan pasien. Tanpa menerapkan etika dengan benar, risiko kesalahan medis dan kecelakaan dapat meningkat, mengancam nyawa dan kesehatan pasien.
8. Potensi tuntutan hukum: Perawat yang tidak mengikuti etika keperawatan bisa berisiko menghadapi tuntutan hukum dari pasien atau keluarga pasien yang merasa tidak puas dengan pelayanan atau merasa bahwa hak-hak pasien telah dilanggar.
9. Stres dan kelelahan pada perawat: Ketika etika diabaikan, perawat mungkin merasa moralitasnya terganggu dan merasa tidak puas dengan pekerjaannya. Hal ini dapat menyebabkan stres, kelelahan, atau bahkan burnout pada perawat. (Guido, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Bell, J.M. 2017. 'Social media and family nursing scholars: catching up with 2007', *Journal of Family Nursing*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA, pp. 3–12.
- Boss, J.A. 2017. 'Analyzing moral issues'.
- Butts, J.B. and Rich, K.L. 2021. *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Chen, Y. *et al.* 2017. 'The effects of life review on psycho-spiritual well-being among patients with life-threatening illness: A systematic review and meta-analysis', *Journal of advanced nursing*, 73(7), pp. 1539–1554.
- Davies, B. 2022. 'Holistic arts-based mindfulness program with older adults at a slow-paced rehabilitation hospital: deepening skills of working with older adults'. Laurentian University of Sudbury.
- Denham, S.A. *et al.* 2015. *Family-focused nursing care*. FA Davis.
- Grason, S. 2020. 'Teaching ethics in classroom settings: Nursing faculty perceptions in baccalaureate programs', *Journal of Nursing Education*, 59(9), pp. 506–509.
- Guido, G.W. 2020. *Legal and ethical issues in nursing*. Prentice Hall.
- Houser, J. and Oman, K.S. 2010. *Evidence-based practice: An implementation guide for healthcare organizations*. Jones & Bartlett Publishers.
- Kaakinen, J.R. *et al.* 2018. *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Larkin, M.E. *et al.* 2019. 'Ethical challenges experienced by clinical research nurses:: A qualitative study', *Nursing ethics*, 26(1), pp. 172–184.
- Loyd, V. and Murray, T.A. 2021. 'Raising awareness: African American faculty perceptions of the interview process', *Journal of Professional Nursing*, 37(5), pp. 900–906.

- Marilyn, R., FRIEDMAN, B. and VICKY, R.J. 2019. *Family nursing: Research, theory, and practice*. Pearson.
- Maurer, F.A. and Smith, C.M. 2012. *Community/public health nursing practice: Health for families and populations*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P.A. *et al.* 2021. *Fundamentals of nursing-e-book*. Elsevier health sciences.

BAB 7

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA BALITA DAN IBU HAMIL

Sherli Mariance Sari

7.1 Tahap Keluarga Yang Memiliki Balita

7.1.1 Pengertian Balita

Balita adalah anak-anak yang berusia satu tahun atau lebih, paling sering anak-anak di bawah usia lima tahun. Balita adalah istilah umum untuk anak-anak antara usia 1 dan 3 (balita) dan anak prasekolah (usia 3 dan 5 tahun). Sebagai anak-anak mereka masih sepenuhnya bergantung pada orang tuanya untuk kegiatan penting, seperti mandi, buang air besar, dan makan (Setyawati dan Hartini, 2018).

Balita adalah anak yang berusia antara 0 sampai dengan 59 bulan, masa ini ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat disertai dengan perubahan yang memerlukan zat gizi dalam jumlah yang lebih banyak dan kualitas yang lebih tinggi. (Dewi Ariani, 2021). Kesehatan anak sangat dipengaruhi oleh nutrisi yang diserap tubuh, tubuh kekurangan nutrisi sehingga mudah sakit karena nutrisi sangat berpengaruh terhadap kekebalan tubuh. (Qolbi, 2020).

7.1.2 Tugas Perkembangan Anak Balita

Pertumbuhan Menurut Delaune, adalah perubahan kuantitatif (terukur) ukuran dan bagian tubuh, seperti peningkatan jumlah sel, jaringan, struktur, dan sistem. Misalnya, pertumbuhan fisik seseorang dapat diprediksi dengan bertambahnya tinggi, berat, kepadatan tulang, struktur,

dan jenis gigi. Percepatan terjadi pada masa prenatal, masa kanak-kanak, dan remaja (Mansur, 2019). Pertumbuhan terjadi bersamaan dengan perkembangan. Perkembangan merupakan hasil interaksi antara pematangan sistem saraf pusat dengan organ-organ yang diaturnya, seperti perkembangan saraf, bicara, emosi, dan sosialisasi. (Kemenkes RI, 2015)

Tahap tumbuh kembang anak membutuhkan nutrisi yang tepat karena pada masa ini organ penting tubuh sedang tumbuh dan berkembang. Anak-anak pada usia ini rentan mengalami rawan gizi. Kelompok usia ini mengalami siklus tumbuh kembang yang membutuhkan zat gizi lebih banyak dibandingkan kelompok usia lainnya, sehingga balita paling rentan mengalami gangguan gizi. (Nurtina et al., 2017).

7.1.3 Tahapan pertumbuhan dan perkembangan pada usia 1-5 tahun

Hal yang perlu diperhatikan, yaitu kemampuan berpikir (kognitif), perkembangan fisik, perkembangan bahasa dan perkembangan sosio-emosional. Mengetahui perkembangan dan kedewasaan anak Anda sangat penting, jika ada kemampuan yang biasa dilatih oleh anak seusianya tetapi balita Anda belum tercapai, Anda dapat segera berkonsultasi dengan dokter. Untuk membantu orang tua memberikan stimulasi yang tepat, mari kita bahas setiap tahap tumbuh kembang anak Anda dari usia 1 hingga 5 tahun.

1. Pertumbuhan dan perkembangan anak usia 1 tahun

a. Pertumbuhan Organ Fisik

Perkembangan fisiknya. Menurut Standar Antropometri Anak Kementerian Kesehatan RI, rata-rata tinggi dan berat badan anak usia satu tahun adalah sebagai berikut:

Anak laki-laki :Beratnya sekitar 7,7-10,8 kg dengan tinggi 71-78,1 cm.

Anak perempuan :Beratnya sekitar 7-10,1 kg dengan tinggi 68,9-76,6 cm.

b. Kemampuan kognitif

Dalam hal kemampuan kognitif, Anda dapat memindahkan atau menyimpan banyak objek di dalam suatu tempat. Dia juga dapat mengikuti dan memahami perintah sederhana sambil melakukan gerakan tertentu, seperti "Bisa tolong bunda ambilkan bola itu". Selain itu, anak Anda sekarang lebih baik meniru perkataan dan tindakan orang tua Anda. Ini karena anak-anak pada usia 1 tahun telah belajar banyak dari hal-hal yang mereka lihat setiap hari.

c. Kemampuan motorik

Di antara keterampilan motorik, beberapa anak sudah dapat berdiri dan berjalan sendiri dalam tahun pertama. Pada awalnya, bayi dapat memanjat dengan berpegangan pada dinding, meja, kursi, sofa, tempat tidur atau bersandar pada tangan ibu. Kemudian di lain hari, sedikit demi sedikit, mulai berjalan sambil berpegangan. Kemampuan anak dalam menggenggam dan mengambil benda juga sudah meningkat dibanding bulan-bulan sebelumnya. Namun, pada usia 1 tahun, itu akan membaik, Keterampilan motorik halus ini akan sangat membantu saat mengambil makanan atau bermain.

d. Kemampuan Berbahasa

Bagaimana dengan kemampuan bahasanya, ia mampu menjawab berbagai pertanyaan yang diajukan. Dia mungkin melakukan beberapa gerakan tubuh sederhana seperti mengangguk atau melambaikan tangannya sebagai tanda "selamat tinggal". Ibu sebaiknya mengajak anak berbicara sesering mungkin karena mendengar suara Anda dan berkomunikasi

dengan Anda, kemampuan komunikasi anak Anda juga akan berkembang.

e. Kemampuan bersosialisasi

Pada usia ini, sudah bisa merespon saat diajak berbicara, seperti tersenyum atau melambai. Beberapa anak senang bersosialisasi dengan orang baru, sementara yang lain pemalu dan cenderung pendiam.

2. Pertumbuhan dan perkembangan anak usia 2 tahun

a. Pertumbuhan fisik

Memasuki usia ini, Beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait tumbuh kembang balita Anda. Bayi bertambah berat 2,27 kg dan tinggi badan bertambah 10-12 cm. Kisaran berat badan normal anak laki-laki pada usia ini adalah 9,7-13,6 kg dan tinggi badan 82-92 cm. Pada wanita, kisaran berat badan normal adalah 9,0-13,0 kg dan tinggi badan 80-92 cm.

b. Kemampuan kognitif

Dari segi kognitif, ia mulai memahami konsep waktu, seperti "sekarang", "nanti", "segera". Bayi Anda juga mulai memahami perintah sederhana, seperti mengambil mainan dan mengembalikannya setelah selesai. Anda juga mungkin akan lebih terkejut dengan kemampuan bayi Anda untuk menamai binatang, benda, atau warna di buku cerita.

c. Kemampuan Motorik

Pada masa itu, perkembangan motorik anak usia ini sudah terlihat sangat cepat, misalnya ia dapat berjalan dengan mantap, berlari dan melompat, menaiki tangga perlahan, menendang

d. Kemampuan Berkomunikasi

Pada tahapan ini bahasa anak juga terlihat dari kemampuannya memahami kata tanya, Bun. Misalnya, "siapa", "apa", dan "di mana". Meski begitu, Little Hon tidak bisa menjawab pertanyaan "mengapa" dan "bagaimana". Bayi juga mulai menggunakan kata milik pada usia ini dan mulai memahami arti "milikku" dan "milikmu" sekitar tahun ketiga kehidupan. .

e. Kemampuan Emosional

Antara usia 2 dan 3 tahun, Anda mungkin akan memperhatikan bahwa anak Anda semakin mengungkapkan pendapatnya. Memang, dia tidak segan-segan mengatakan "tidak" sebagai jawaban atas perintah tertentu.

3. Perkembangan Balita 3 tahun

a. Pertumbuhan fisik

Seperti sebelumnya, aspek perkembangan fisik anak usia 3 tahun yang perlu diperhatikan adalah penambahan tinggi dan berat badan anak. Pada usia ini, untuk anak laki-laki adalah 11,3-16,2 kg dan untuk wanita adalah 10,8-15,8 kg. Sedangkan tinggi badan ideal untuk anak laki-laki adalah 83-95cm dan untuk anak perempuan adalah 82-95cm.

b. Kemampuan Kognitif

Jika dulu, aspek perkembangan fisik pada anak usia 3 tahun yang perlu mendapat perhatian khusus adalah laju pertumbuhan tinggi dan berat badan anak. Pada usia ini, untuk anak laki-laki adalah 11,3-16,2 kg dan untuk anak perempuan adalah 10,8-15,8 kg. Sedangkan tinggi badan ideal untuk anak laki-laki adalah 83-95 cm dan untuk anak perempuan adalah 82-95 cm.

c. Kemampuan Motorik

Selain aspek fisik dan kognitif, ada banyak perkembangan motorik pada anak yang bisa Anda perhatikan. Misalnya, anak sudah bisa berlari, memanjat, dan melompat dengan baik pada usia ini. Jika terdapat tangga di dalam rumah, si kecil juga akan mulai bisa berjalan naik turun tangga, meski hanya menggunakan satu kaki untuk setiap langkahnya. Dia juga bisa naik sepeda roda tiga. Lalu, dari segi motorik halus, anak usia 3 tahun sudah bisa bergoyang dengan jelas. Di usia ini, garis bayi Anda sudah memiliki bentuknya sendiri, seperti garis, kotak, dan bentuk lainnya. Hal ini dikarenakan balita Anda sudah semakin mahir memegang pensil atau pensil, yaitu semakin mahir memegang pensil dengan ibu jari dan jari lainnya.

d. Kemampuan Bahasa dan Komunikasi

Jika diperhatikan, bayi berusia 3 tahun ini sudah mulai lancar berbicara. Pada usia 3 tahun, anak mulai memahami lebih dari 200 kata dan dapat menggunakannya dalam kalimat yang panjang. Anak-anak juga dapat menggunakan kata "saya", "kami" atau menyebut nama mereka sendiri. Perkembangan komunikasi pada anak usia 3 tahun memungkinkan anak menjawab pertanyaan yang dimulai dengan siapa, apa, dan dimana. Sebelum usia 4 tahun, anak usia 3 tahun mulai belajar untuk lebih mandiri. Tidak hanya itu, mereka juga suka bercanda dan mulai menunjukkan empati dengan aktif menyemangati teman yang sedang sedih.

e. Kemampuan sosial dan Emosional

Secara sosial dan emosional, anak juga mulai bisa membantu pekerjaan rumah dan bisa memahami

rutinitas untuk marah jika aktivitasnya terganggu. Inilah mengapa pada tahap ini, anak normal juga mengalami tantrum. Namun, Anda tidak perlu khawatir karena wajar jika si kecil masih berusaha mengontrol sikap emosionalnya. Amukan ini mungkin karena Baby belum mengungkapkan keinginannya kepada Bunda. Pembatasan bahasa bisa menjadi salah satu kendala.

4. Perkembangan anak usia 4 tahun

a. Pertumbuhan fisik

Apakah ibu tahu? Berat badan normal anak laki-laki pada usia ini adalah antara 12,7 hingga 18,6 kg dan untuk anak perempuan antara 12,3 hingga 18,5 kg. Tinggi ideal anak usia 4 tahun untuk anak laki-laki adalah 84-97 cm dan untuk anak perempuan adalah 83-96 cm.

b. Kemampuan Motorik

Sebagian besar anak usia 4 tahun dapat berdiri, berjalan, dan berlari sendiri tanpa bantuan orang dewasa. Anak juga bisa naik sepeda dengan leluasa, bermain bola, naik turun tangga tanpa memegang apapun. Selama perkembangan keterampilan motorik halus anak usia 4 tahun, koordinasi mata-tangan menjadi lebih tajam. Anak-anak dapat mengambil benda yang sangat kecil, seperti manik-manik atau kerikil. Dia juga bisa menggambar dengan meniru apa yang telah dilakukan orang lain. Beberapa bentuk dapat dibuat, misalnya lingkaran, kotak, segitiga atau boneka, meskipun tidak sempurna.

c. Kemampuan kognitif

Di sisi kognitif, balita Anda akan mulai banyak bertanya kepada orang tua. Anak juga dapat

melafalkan nama warna dengan benar, membandingkan benda misalnya tinggi badan, tinggi badan atau jenis kelamin, memahami konsep waktu (pagi, siang, sore) hingga mengklasifikasikan benda.

d. Kemampuan Bahasa dan Komunikasi

Perkembangan Bahasa Anak Usia 4 Tahun Juga Patut Ditonton, Selain sudah bisa menyebutkan nama dan umurnya sendiri, anak prasekolah biasanya sudah mulai memahami lebih dari 250 kata dan dapat menggunakannya dengan benar. Dia juga bisa berbicara lima sampai enam kalimat dengan jelas. Bayi Anda juga fasih mengucapkan beberapa kata dari lagu anak-anak atau dongeng. Dia juga bisa berbicara tentang kejadian hari itu, seperti "Bu, adikku sedang bermain dengan boneka Nana". Selain itu, bayi sudah bisa menjawab pertanyaan sederhana yang diajukan oleh orang tua, seperti "Kak, sendoknya buat apa?" itu pasti akan merespon menggunakan sendok untuk makan.

e. Kemampuan Sosial Emosional

Setelah itu, kemampuan emosi anak usia 4 tahun meningkat, ditunjukkan dengan anak memahami dan mampu berempati terhadap emosi orang lain. Dia juga menunjukkan kerja tim yang lebih baik dan bergiliran saat bermain bersama. Dengan demikian, di usia ini, bayi Anda tidak lagi rewel saat meminjamkan atau menggunakan mainannya.

5. Perkembangan Balita Umur 5 Tahun

a. Pertumbuhan Fisik

Berbicara tentang perkembangan fisik, berat badan ideal anak laki-laki usia 5 tahun adalah 14,1-21,0 kg, tingginya sekitar 85-98 cm. Sedangkan berat

badan ideal anak perempuan usia 5 tahun adalah 13,7-21,2 kg, tingginya sekitar 84-97 cm.

b. Kemampuan Kognitif

Semakin mendekati usia sekolah, kemampuan kognitif anak prasekolah akan semakin matang, meskipun masih membutuhkan stimulasi untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Hal itu ditandai dengan kemampuannya menghitung angka lebih dari 10. Pemahamannya terhadap konsep waktu pun meningkat. Anak akan mengerti apa arti 'kemarin', 'hari ini' dan 'besok'.

c. Kemampuan Motorik

Untuk motorik bayi, balita Anda sudah bisa melompat dan berdiri dengan 1 kaki selama 10 detik atau lebih, bermain ayunan, memanjat, menggambar 6-10 bagian tubuh manusia dan menulis angka atau alfabet.

d. Kemampuan Bahasa dan Komunikasi

Memasuki tahap usia 5 tahun, tahap perkembangan bahasa anak sudah lebih lengkap, melihat, melafalkan dan melafalkan dengan sangat jelas. Dia juga mulai senang bercerita dan mampu menjawab pertanyaan tentang apa yang dia bicarakan. Kalimat yang dibuatnya lebih lengkap, dengan subjek, predikat, dan kata keterangan yang tepat.

e. Kemampuan Sosial Emosional

Khusus untuk aspek emosional, si Kecil akan mulai belajar dan mengungkapkan perasaannya, baik melalui kata-kata, gerak tubuh atau bentuk lainnya. Anak akan melalui masa perkembangan emosi yang kuat. Dia menjadi lebih baik dalam menangani emosi mereka dan mampu membicarakan perasaan mereka dengan mudah.

Hal ini dikarenakan pada usia ini kemampuan kontrol anak sudah mulai berkembang dengan baik. Alhasil, mereka bisa mulai belajar sabar menunggu giliran saat bermain. Dia juga belajar untuk mengikuti aturan dan meminta maaf.

7.1.4 Hal – Hal Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Banyak pendapat tentang pengaruh lingkungan dan pola asuh terhadap tumbuh kembang anak sudah berlangsung lama. Faktor apa yang lebih besar pengaruhnya terhadap pembentukan karakteristik sifat seseorang ? Lingkungan menggambarkan karakteristik yang melekat di dalamnya. Pola asuh adalah penerimaan, budaya, atau "waktu" dalam kehidupan seorang anak. Keduanya tampaknya secara inheren berpengaruh. "Umumnya, gen bertanggung jawab atas pembentukan semua sel dan hubungan umum antara berbagai wilayah otak, sedangkan pengalaman bertanggung jawab untuk memperbaiki hubungan ini, membantu setiap anak beradaptasi dengan lingkungan tertentu (geografi, budaya, keluarga, sekolah, kelompok bersama). Potensi genetik diperlukan, tetapi DNA saja tidak dapat membuat seorang anak berbicara (Ward & Hisley, 2015)

1. Warisan genetik



Saat terjadi pembuahan, setiap orang menerima jumlah kromosom yang sama dari kedua orang tuanya. Sifat-sifat yang diwariskan dari setiap orang tua dibawa oleh gen pada 23 pasang kromosom, yang membawa informasi genetik yang menentukan diferensiasi, pertumbuhan, dan fungsi seluler individu. Akibatnya, ciri-ciri fisik seperti tinggi badan, ukuran tulang, mata, dan warna rambut diturunkan dari generasi ke generasi. Ciri-ciri lain, seperti kepribadian, kurang terdefinisi dengan baik dengan faktor keturunan, tetapi penelitian sedang dilakukan di bidang ini. Genetika berbengaruh besar terhadap penyakit, seperti kanker dan diabetes dan hipertensi. Proyek Genom Manusia, selesai pada tahun 2003, adalah proyek penelitian nasional dan internasional yang bertujuan memetakan sekitar 35.000 hingga 140.000 gen dalam kromosom manusia (Taylor *et al.*, 2011). Serangkaian proses kompleks meneruskan informasi genetik dari orang tua ke anak. Susunan genetik seseorang menentukan sifat fisik seperti warna kulit, tekstur rambut, fitur wajah, struktur tubuh, dan kerentanan terhadap penyakit tertentu (misalnya, Tay-Sachs, sel sabit anemia). Keturunan adalah pola genetik dari mana seorang individu tumbuh dan berkembang; itu sangat menentukan tingkat perkembangan fisik dan mental (DeLaune & Ladner, 2011).

Genetika mempelajari sifat fisik dan kimia molekul yang mengatur struktur dan fungsi setiap sel dalam tubuh. Molekul atau gen ini akan memengaruhi menjadi dan menjadi apa anak itu. Gen dan kromosom anak mengandung kode-kode khusus yang berisi petunjuk untuk menentukan jenis kelamin, warna mata, tinggi badan, kecenderungan penyakit tertentu, bahkan pemicu yang memungkinkan semua jalur komunikasi Metabolisme dalam tubuh anak berjalan normal. Selain itu, para

ilmuwan sedang menyelidiki peran genetika dalam terjadinya perilaku tertentu seperti homoseksualitas, depresi, perilaku adiktif, dan perilaku kekerasan (Bowden & Greenberg, 2010).

Ketika seorang anak memiliki karakteristik atau gejala fisik tertentu yang mungkin menunjukkan suatu kondisi klinis, pengujian genetik dapat digunakan sebagai alat diagnostik. Misalnya, orang tua dari seorang anak yang lahir dengan meconium ileus mungkin diminta untuk menyetujui genotipe untuk menentukan apakah meconium ileus berhubungan dengan adanya cystic fibrosis. Tes prediktif dapat dilakukan pada anak-anak yang dianggap asimtomatik untuk penyakit tertentu atau rentan terhadap penyakit tertentu (misalnya, jika seorang anak memiliki genotipe tertentu, maka anak tersebut memiliki risiko tinggi terhadap penyakit tertentu, tetapi tidak semua). Tes prediktif juga dapat digunakan untuk menentukan apakah seorang anak berisiko terkena diabetes tipe 1 di masa kanak-kanak atau kanker payudara di masa dewasa (Bowden & Greenberg, 2010).

Efek biologis pada perkembangan termasuk faktor keturunan, paparan teratogen intrauterin, penyakit pascakelahiran, paparan zat beracun, dan maturasi. Adopsi dan studi kembar secara konsisten menunjukkan bahwa faktor keturunan menyumbang sekitar setengah dari perbedaan IQ dan ciri-ciri kepribadian lainnya, seperti keramahan dan keinginan untuk hal-hal baru. Gen spesifik yang mendasari sifat-sifat ini mulai diidentifikasi. Efek perkembangan paparan teratogen prenatal, seperti merkuri dan alkohol, dan infeksi postpartum seperti meningitis dan cedera otak traumatis, telah dipelajari secara ekstensif. Setiap penyakit kronis dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, baik

secara langsung maupun melalui perubahan nutrisi, pola asuh, atau interaksi dengan teman sebaya (Kliegman et al., 2007).

2. Pengalaman Hidup



Pengalaman seseorang juga dapat memengaruhi laju pertumbuhan dan pengembangan. Misalnya, bandingkan tingkat pertumbuhan fisik anak yang keluarganya mampu membeli makanan, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan dengan anak-anak yang keluarganya mengalami kemiskinan atau mengalami kekurangan sumber daya. Anak yang keluarganya kurang beruntung secara ekonomi memiliki risiko lebih tinggi mengalami fisik dan keterlambatan mental dalam pertumbuhan dan perkembangan. Contoh lain dari pengaruh pengalaman hidup adalah orang dewasa ketika berusia lebih tua yang sedang menikmati masa pensiun dan keduanya memiliki pendapatan yang memadai dan sistem pendukung aktif. Jika individu mengalami penurunan dalam salah satu variabel ini, kemungkinan akan

mengalami perkembangan psikologis yang negative (DeLaune & Ladner, 2011).

3. Status Kesehatan

Anak yang mengalami kesehatan berkembang secara normal sepanjang siklus hidupnya. Namun, apabila anak sakit atau mengalami kecacatan dapat mengganggu pencapaian tahap perkembangan. Individu dengan kondisi kronis akan sering mengalami keterlambatan dalam tahap perkembangan. Sakit atau cacat dapat mengganggu pencapaian tahap perkembangan. Individu dengan kondisi kronis akan sering mengalami penundaan dalam memenuhi tahapan perkembangannya (DeLaune & Ladner, 2011).

7.1.5 Faktor Prenatal, Individu dan Pengasuh

Perkembangan janin dapat dipengaruhi oleh usia ibu. Sebagai contoh ibu yang melahirkan pada usia kurang dari 15 tahun (terlalu muda) atau lebih dari 35 tahun (terlalu tua) memiliki risiko yang lebih besar. Penyalahgunaan zat, perawatan prenatal dan gizi ibu hamil yang tidak adekuat dan penyalahgunaan obat-obatan. Faktor individu yang mungkin timbul dalam perkembangan diubah dari lahir sampai remaja termasuk bawaan atau gangguan genetik, kerusakan otak akibat kecelakaan atau penyalahgunaan, visi dan gangguan pendengaran, penyakit kronis, nutrisi yang tidak memadai, kemoterapi atau terapi radiasi, keracunan timbal, kemiskinan, dan penyalahgunaan zat. Faktor pengasuh yang melakukan pengabaian dan kekerasan pada anak dapat berpengaruh negatif terhadap perkembangan yang mengabaikan dan melanggar, keterbelakangan mental atau ketidakmampuan belajar. (Taylor et al., 2011).

7.1.6 Lingkungan

Kualitas tumbuh kembang anak tergantung interaksi antara faktor genetik (heredokonstitusional) dan faktor lingkungan (ekosistem). Faktor genetik merupakan faktor bawaan anak, yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Faktor lingkungan yang sering disebut milieu merupakan tempat anak tersebut hidup, dan berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak. Fungsi lingkungan sebagai penyedia (provider) kebutuhan dasar anak. Lingkungan dapat dikelompokkan ke dalam 4 macam lingkungan, yaitu : lingkungan keluarga, lingkungan perlindungan kesehatan anak, lingkungan masyarakat, dan lingkungan stimulasi atau pendidikan.

Lingkungan diharapkan mampu menyediakan ketiga kebutuhan dasar anak. Kobayashi membagi lingkungan dalam 4 ekosistem, yaitu seperti gambar diagram di bawah ini.

1. Ekosistem mikro. Ekosistem ini merupakan ekosistem terkecil, tetapi berhubungan sangat erat dengan anak. Interaksi ekologiannya berjalan terutama melalui kontak kulit dan fungsi sensoris lain.
2. Ekosistem mini. Ekosistem ini dicerminkan oleh keluarga dan tempat tinggal yang merupakan suatu unit dalam masyarakat.
3. Ekosistem meso. Ekosistem ini meliputi kelompok bermain, sekolah dan sarana lainnya. Faktor sosial budaya terutama di bidang pendidikan memegang peran penting.
4. Ekosistem makro. Ekosistem ini dicerminkan oleh keadaan masyarakat dan lembaga-lembaga yang ada di dalamnya. (Ikatan Dokter Indonesia, 2003). semua tahap pembangunan. faktor lingkungan dapat mengubah proses perkembangan anak seperti kemiskinan dan kekerasan. Pengaruh masing-masing faktor dapat terjadi secara mandiri, tetapi saling terkait. Sebagai contoh bayi yang kekurangan gizi di dalam Rahim, maka akan berakibat sel-

sel otak berkembang lebih sedikit dibandingkan bayi yang mendapatkan asupan gizi prenatal yang memadai.

7.1.7 Pengaruh kebudayaan



Masyarakat mengharapkan orang menguasai keterampilan tertentu dalam setiap periode pembangunan. Seorang individu pada usia tertentu mahir dalam tugas-tugas tertentu yang ditentukan secara budaya. Misalnya, waktu pelatihan toilet sangat dipengaruhi oleh norma budaya.

Berikut adalah contoh bagaimana ekspektasi sosial menghambat pertumbuhan dan perkembangan seseorang:

1. Seorang anak yang dibesarkan dalam rumah tangga yang miskin secara ekonomi mungkin tidak mendapatkan makanan, tempat tinggal, perawatan mental dan stimulasi intelektual yang memadai, yang mengakibatkan gangguan perkembangan fisik, psikososial dan kognitif.
2. Seorang wanita mungkin tidak diharapkan untuk menggunakan seluruh potensi intelektualnya sehingga perkembangan kognitifnya mungkin terganggu.

3. Seorang pria mungkin tidak ingin menunjukkan kelembutan dan perilaku kasih sayang; Keputusan seperti itu mengarah pada perkembangan psikososial yang tidak teratur. (DeLaune dan Ladner, 2011).

7.1.8 Pertemanan



Anak prasekolah juga perlu berinteraksi dengan teman sebayanya. Mempelajari cara berteman dan berteman adalah bagian penting dari perkembangan sosial. Teman bisa anak-anak lain di lingkungan sekitar atau anak-anak di taman kanak-kanak atau tempat penitipan anak. Teman istimewa adalah seseorang yang dapat dirawat, diajak bicara, dan diajak bermain oleh anak prasekolah Anda. Anak-anak prasekolah lebih cenderung menerima aturan dan ingin menyenangkan teman-temannya dan menjadi seperti mereka. Anak-anak prasekolah suka menyanyi, menari, dan bersenang-senang dan akan menikmati kegiatan ini bersama teman-teman mereka. Mungkin ada perbedaan pendapat, tetapi orang tua dapat mendorong anak untuk mengungkapkan pendapat, berdiskusi dan menyelesaikan konflik, serta tetap berteman. Anak-anak dapat belajar tentang bias di rumah sebelum mereka pergi ke sekolah atau tempat penitipan anak. Cara keluarga memandang ras atau budaya lain dapat diekspresikan secara halus

atau terbuka dalam rutinitas sehari-hari. Anak-anak prasekolah mengembangkan hati nurani, sehingga toleransi dapat memengaruhi nilai-nilai mereka. Seperti balita, nilai yang diberikan keluarga pada kemandirian memengaruhi perkembangan citra diri anak yang sehat. Beberapa budaya menghargai membaca dan pendidikan lebih dari yang lain. Jika membaca tidak dihargai di rumah, anak prasekolah juga tidak akan senang membaca di sekolah. Makanan yang disajikan di rumah seringkali sangat spesifik untuk etnis keluarga. Ketika anak-anak prasekolah dihadapkan pada orang-orang dari budaya lain di sekolah, mereka mungkin menyukai atau tidak menyukai makanan yang disajikan. Penting untuk menyelidiki kebiasaan atau praktik budaya apa pun yang melibatkan keluarga sehingga praktik ini dapat dimasukkan dengan aman kedalam rencana pengasuhan anak.

7.1.9 Suhu

Ketika anak berusia 3 tahun, mereka menyadari bahwa apa yang mereka lakukan sangat penting. Ini membantu jika orang tua melihat anak mereka sebagai peserta aktif dalam hubungan orang tua-anak. Temperamen seorang anak telah menjadi indikator yang dapat diandalkan tentang bagaimana orang tua dapat mengharapkan reaksi seorang anak dalam situasi tertentu. Ketika orang tua selaras dengan temperamen anak prasekolah mereka, lebih mudah menemukan cara untuk memudahkan transisi dan perubahan bagi anak itu. Di bidang yang berorientasi pada tugas, temperamen dapat berkisar dari sangat perhatian dan gigih hingga menjadi lebih teralihkan dan aktif (Child Development Institute, 2019). Fleksibilitas sosial anak juga terlihat pada usia ini. Seorang anak yang cukup mudah beradaptasi akan menangani rangsangan dari dunia luar dengan cara yang mudah didekati daripada mengelak. Temperamen juga menentukan tingkat respons (ambang kepekaan anak terhadap reaksi, tinggi atau rendah). Ini menentukan kualitas suasana hati anak dan intensitas respons

terhadap rangsangan, perubahan, atau situasi. Ketika orang tua mengetahui tentang orientasi tugas, fleksibilitas, dan respons sosial anak mereka, mereka dapat mengatur aktivitas dan situasi dengan lebih baik untuk anak mereka. Anak usia 4 tahun mempelajari pengendalian diri yang terbaik dan dapat menggunakan kegagalan dalam perilaku yang tepat sebagai kesempatan untuk berkembang. Kemampuan berbahasa anak lebih mampu mengikuti ide-ide yang kompleks. Anak usia 4 tahun dapat melihat manfaat tumbuh dewasa. Namun, kesadaran akan kekuatan sendiri dapat menimbulkan ketakutan tambahan. Seorang anak berusia 5 tahun dengan temperamen yang lebih rentan, dibandingkan dengan temperamen percaya diri, mungkin lebih rentan terhadap rasa takut.

7.1.10 Takut

Dengan imajinasi liar mereka, anak-anak prasekolah mengalami banyak ketakutan yang berbeda. Anak-anak prasekolah mungkin takut dengan suara keras seperti sirene atau gonggongan anjing. Monster imajiner dapat menakuti anak. Anak-anak prasekolah sering takut pada orang yang tidak mereka kenal serta orang asing (Sinterklas atau orang yang penampilan atau pakaiannya sangat berbeda dari yang dikenal anak-anak). Banyak anak prasekolah takut akan kegelapan. Anak-anak prasekolah mungkin juga takut pada serangga dan juga hewan asing. Ingatan anak prasekolah cukup lama sehingga dia mungkin takut untuk kembali ke dokter untuk prosedur yang menyakitkan, selama kunjungan sebelumnya. Orang tua harus mengakui ketakutan mereka daripada meminimalkannya. Kemudian mereka dapat berkolaborasi dengan anak tersebut

7.2 Tugas Perkembangan keluarga dengan anak balita

Panggung untuk keluarga dengan anak di bawah 5 tahun
Keluarga dengan anak dari usia 30 bulan hingga 5 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti perumahan, ruang bermain, privasi dan keamanan
2. Sosialisasi anak versus Mengintegrasikan anak baru dan memenuhi kebutuhan anak lain
3. Menjaga hubungan yang sehat (perkawinan dan hubungan orang tua-anak) serta hubungan diluar keluarga (keluarga besar dan masyarakat)
4. Distribusi waktu, orang, pasangan dan anak-anak
5. Pembagian Tanggung Jawab
6. Rencanakan kegiatan dan waktu yang merangsang pertumbuhan dan perkembangan anak anda.

Berikut adalah beberapa hal yang dapat dilakukan orang tua untuk balita

1. Bacakan buku untuk balita setiap hari.
2. Minta anak Anda untuk menemukan benda untuk Anda atau beri nama bagian tubuh dan benda. versus Memainkan teka-teki jigsaw dengan balita Anda, seperti menyusun bentuk dan teka-teki sederhana.
3. Dorong balita Anda untuk mengeksplorasi dan mencoba hal-hal baru.
4. Bantu perkembangan bahasa balita Anda dengan berbicara kepada mereka dan menambahkan kata-kata yang mulai mereka ucapkan. Misalnya, jika anak Anda berkata "baba", Anda mungkin menjawab, "Ya, Anda benar, ini botol."
5. Dorong anak untuk mandiri dengan membiarkan mereka berpakaian dan makan sendiri.

6. Dorong rasa ingin tahu dan kemampuan anak Anda untuk mengenali benda-benda umum dengan melakukan pekerjaan rumah tangga jalan-jalan di taman atau tempat umum.
7. Perhatian terhadap pelayanan kesehatan, termasuk penyakit menular pada anak, pencegahan kecelakaan dan keamanan rumah (jatuh, luka bakar dan keracunan), hubungan perkawinan, hubungan saudara kandung, budaya keluarga berencana, kebutuhan tumbuh kembang, masalah pengasuhan anak, penganiayaan anak, penelantaran dan praktik kesehatan yang baik (misalnya tidur, nutrisi dan olahraga)

7.3 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan anak Usia Balita

7.3.1 Pengkajian

Asesmen Keperawatan Keluarga Asesmen Keperawatan Keluarga adalah tahapan dimana seorang perawat mengumpulkan informasi dari keluarga dengan melakukan pendekatan sistematis dalam pengumpulan dan analisis data, guna mengetahui kebutuhan keluarga yang diasuhnya. Metode evaluasi dapat berupa wawancara, observasi instalasi dan kondisi rumah, dan pemeriksaan fisik anggota keluarga.

Proses asesmen keluarga ditandai dengan pengumpulan informasi yang terus menerus dan keputusan profesional yang bermakna mengenai informasi yang dikumpulkan. Dengan kata lain, data dikumpulkan secara sistematis dengan menggunakan alat penilaian keluarga, kemudian diklasifikasikan dan dianalisis maknanya (Freedman, 2015).

Status perkawinan adalah:

1. Struktur dan karakteristik keluarga
2. Sosial, ekonomi dan budaya dibandingkan dengan faktor lingkungan
3. Riwayat medis dan kesehatan setiap anggota keluarga

7.3.2 Diagnosa keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga, atau masyarakat yang dibuat melalui pengumpulan dan analisis data yang cermat yang memberikan dasar untuk menetapkan tindakan yang diinstruksikan oleh perawat untuk melakukannya. Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian masalah pada tahapan perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, penyesuaian keluarga, baik realitas, risiko maupun potensi. Mubarak (2012) dalam (Febrianti, 2018) merumuskan diagnosis keperawatan keluarga berdasarkan data yang diperoleh dalam penelitian. Komponen diagnosa keperawatan meliputi masalah atau masalah, penyebab atau penyebab, dan tanda atau gejala yang selanjutnya disebut PES.

Menurut PPNI SDKI (2017), diagnosa keperawatan keluarga (wallnes) yang dapat muncul pada keluarga dengan balita antara lain:

1. Peningkatan persiapan nutrisi
2. Kesiediaan untuk meningkatkan penyesuaian keluarga
3. Bersedia meningkatkan manajemen kesehatan
4. Kesiediaan untuk memperbaiki proses keluarga
5. Lakukan peran sebagai orang tua, dll.

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

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

1. Resiko defisit nutrisi
2. Resiko berat badan lebih
3. Resiko gangguan perkembangan
4. Resiko gangguan pertumbuhan
5. Resiko proses pengasuhan tidak efektif
6. Resiko jatuh dll.

Diagnosis aktual, ditegakan bila sudah muncul masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan data maladaptif. Ex: Defisit nutrisi An.K pada keluarga Tn.Y. Diagnosis keperawatan keluarga (aktual) yang mungkin muncul pada keluarga dengan anak balita antara lain :

1. Defisit nutrisi
2. Berat badan lebih
3. Obesitas
4. Ketidak mampuan coping keluarga
5. Penurunan coping keluarga
6. Gangguan tumbuh kembang 114 | Keperawatan Keluarga
7. Defisit pengetahuan
8. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
9. Gangguan proses keluarga
10. Ketegangan peran pemberi asuhan dll.

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

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

5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Setelah data dianalisis dan dirumuskan diagnosis keperawatan, selanjutnya yaitu penentuan prioritas masalah sesuai tabel 7.1. Rumus prioritas masalah rumus Nilai = Skor x Bobot: Skor Tertinggi.

Tabel 7.1. Perhitungan Prioritas Masalah

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

Proses skoring yang dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tentukan jumlah poin untuk setiap kriteria yang diambil.
2. Kemudian skor tersebut dibagi dengan angka tertinggi dikalikan dengan bobot. Skor $\times$ berat Angka tertinggi dibandingkan dengan Tambahkan poin untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah sama dengan semua bobot.

7.3.3 Intervensi Keperawatan Keluarga

Keluarga Berencana Keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Perencanaan asuhan keperawatan juga dapat dipahami sebagai proses persiapan berbagai intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, membatasi atau mengurangi masalah klien (Widagdo & Kholifah, 2016).

Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam menciptakan proses keperawatan. Untuk menentukan tahap perencanaan perawat, diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan, termasuk pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan keyakinan, batasan praktik keperawatan, peran profesional perawatan kesehatan lainnya, kemampuan memecahkan masalah, pengambilan keputusan, menulis tujuan, memilih dan menciptakan strategi keperawatan yang aman untuk mencapai tujuan, menulis instruksi keperawatan dan kemampuan berkolaborasi dengan level medis lainnya. Menurut (Widagdo & Kholifah, 2016), faktor-faktor berikut harus dipertimbangkan ketika merencanakan asuhan keperawatan keluarga.

1. Rencana perawatan harus didasarkan pada analisis mendalam tentang data yang relevan dengan masalah atau situasi keluarga.

2. Rencana perawatan harus realistis. dibandingkan dengan Rencana perawatan harus selaras dengan tujuan dan filosofi lembaga kesehatan.
3. Rencana perawatan dibuat bersama keluarga Rencana tindakan perawatan keluarga yang dapat digunakan dalam keluarga dengan balita yang sakit meliputi:
 - a. Dukungan Keluarga Berencana
 - b. Dukungan Keluarga Mengatasi
 - c. Dukungan Pengambilan Keputusan
 - d. Pendidikan Gizi Anak
 - e. Pendidikan Orang Tua:anak usia dini
 - f. Pendidikan makan
 - g. Pendidikan stimulasi
 - h. Pendidikan pelatihan toilet
 - i. Dukungan orang tua dengan anak-anak
 - j. Memfasilitasi dukungan keluarga
 - k. Manajemen imunisasi
 - l. Hiburan pengobatan, dll.

4. Implementasi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga Implementasi atau kinerja keperawatan adalah suatu proses dimana perawat memiliki kesempatan untuk melaksanakan rencana tindakan yang telah disusun dan membangkitkan minat dan kemandirian keluarga untuk meningkatkan perilaku vi gaya hidup sehat. Namun sebelum melanjutkan, perawat terlebih dahulu harus membuat kontrak agar keluarga lebih siap secara fisik dan psikis untuk menerima asuhan perawat.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menunjukkan sejauh mana diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan implementasi telah

berhasil diselesaikan, meskipun tahap evaluasi ditempatkan pada akhir proses. Evaluasi merupakan bagian integral dari setiap langkah proses keperawatan

7.4 Konsep Keluarga Dengan Ibu Hamil

7.4.1 Pengertian

Kehamilan Kehamilan adalah suatu kondisi dimana seorang wanita mengandung janin di dalam rahim, hasil dari sel sperma dengan sel telur yang akan tumbuh dan berkembang menjadi bayi yang akan lahir setelah usia kehamilan 40 minggu atau sekitar 9 sampai 9 minggu. 10 bulan. Pengetahuan gizi ibu hamil dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu pengalaman, tingkat pendidikan dan usia. Ibu hamil yang tidak mengetahui manfaat gizi dapat menyebabkan terjadinya kekurangan energi kronis (Purwaningrum, 2019). Masa kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu

1. Trimester pertama dimulai dari konsepsi hingga 3 bulan (berat bayi bertambah sangat lambat, sekitar 1,5kg).
2. Trimester kedua dari bulan keempat hingga keenam (peningkatan berat badan 4 ons per minggu). dibandingkan dengan trimester ketiga dari bulan ketujuh hingga kesembilan (keseluruhan kenaikan 12 kg)

Tanda-tanda kehamilan

1. Ada gerakan janin di dalam rahim
2. Gerakan dan bagian janin yang terlihat atau teraba dibandingkan dengan jantung janin yang terdengar oleh tanduk Pinar

7.2.2 Kebutuhan fisik ibu hamil

1. Kebutuhan Oksigen Ibu hamil sering mengeluhkan sesak nafas, hal ini dikarenakan diafragma yang tertekan karena rahim yang membesar, sehingga kebutuhan oksigen akan

meningkat. 20%. Ibu hamil sebaiknya menghindari tempat yang ramai dan sempit karena akan mengurangi pasokan oksigen (Nugroho, *et al.*, 2014)

2. Persyaratan Gizi Kekurangan gizi selama kehamilan dapat menyebabkan anemia, keguguran, retardasi pertumbuhan intrauterine (IUGR), perdarahan postpartum dan penyakit lainnya. Kelebihan makanan dapat menyebabkan kegemukan, janin terlalu besar, dll. Ibu hamil sebaiknya mengkonsumsi suplemen energi dan protein sebanyak 300-500 kalori dan 17 gram protein selama masa kehamilan (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005).
3. Kebutuhan istirahat Ibu hamil terutama dalam 3 bulan terakhir masih boleh bekerja tetapi tidak boleh bekerja keras tetapi hanya mau mengatur waktu istirahat yang sewajarnya. Kehamilan trimester kedua seringkali disertai dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu hamil kesulitan menentukan posisi tidur yang nyaman. Posisi tidur yang dianjurkan adalah berbaring miring ke kiri, dengan kaki kiri lurus, kaki kanan agak ditekuk dan bertumpu pada bantal (Rukiyah, 2013).
4. Persyaratan olahraga Aktivitas fisik bagi ibu hamil sangat dianjurkan karena dapat meningkatkan kebugaran. Kegiatan ini bisa dilakukan dengan senam hamil. Kebugaran ibu hamil merupakan program latihan fisik dan mental dalam menghadapi persalinan. Waktu yang baik untuk melakukan senam hamil adalah pada usia kehamilan 20 minggu (Nugroho,etal.,2014).
5. Kebutuhan kebersihan diri Kebersihan diri ibu hamil juga harus dijaga demi kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya. Ibu harus mandi, menggosok gigi dan berganti pakaian minimal dua kali sehari. Wanita hamil juga harus menjaga kebersihan payudara, alat kelamin, dan pakaian dalamnya. Personal hygiene selama kehamilan

- perlu diperhatikan karena dapat mencegah terjadinya infeksi, selain itu selama kehamilan tubuh akan mengeluarkan banyak keringat sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman. Perawatan diri seperti mandi, menggosok gigi, dan mengganti pakaian merupakan faktor yang mempengaruhi kebersihan diri (Nugroho, et al., 2014)
6. Persiapan persalinan Ibu hamil harus mempersiapkan persalinan seperti tempat persalinan, transportasi ke tempat persalinan, pakaian ibu dan bayi baru lahir, pendamping saat persalinan, biaya persalinan dan calon donor.
 7. Kebutuhan seksual Wanita hamil tetap dapat melakukan hubungan seks, namun pada waktu kurang dari cukup bulan, kondom harus digunakan untuk menghindari keguguran dan kelahiran prematur. Prostaglandin 10 dalam air mani dapat menginduksi kontraksi dan persalinan (Rukiyah, 2013).
 8. Program nutrisi untuk merangsang otak (brain booster)
Program nutrisi untuk merangsang otak (brain booster) adalah metode mengintegrasikan program ANCT dengan merangsang pendengaran dengan musik sekaligus memberikan nutrisi untuk otak, penguatkan otak selama masa kehamilan ibu. bertujuan untuk meningkatkan potensi kecerdasan bayi (Puskesmas RI, 2017). Program stimulasi dan nutrisi otak yang meliputi:
 - (1) Stimulasi Pendengaran Musikal Stimulasi Pendengaran Musikal Mozart, dimana musik Mozart dapat mempengaruhi jumlah BDNF (*Brain-Derived Neutral Factor*) neutropin dalam darah tali pusat terlipat 2 kali atau lebih. Stimulasi pendengaran musik setara dengan 5 juta termasuk musik, minggu 20, malam, enam puluh menit, direkatkan ke rahim ibu.

- (2) Nutrisi untuk Pengungkit Otak Nutrisi merupakan bagian yang sangat penting dari suplai nutrisi selama masa kehamilan. Nutrisi penambah otak diberikan di awal kehamilan. Beberapa vitamin yang diberikan selama hamil adalah asam folat, vitamin B12, vitamin A, vitamin B6, vitamin C, kalsium, vitamin B1, zenk, DHA.

7.5 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Ibu Hamil

7.5.1 Pengkajian

Asesmen Keperawatan Keluarga Asesmen Keperawatan Keluarga adalah tahapan dimana seorang perawat mengumpulkan informasi dari keluarga dengan melakukan pendekatan sistematis dalam pengumpulan dan analisis data, guna mengetahui kebutuhan keluarga yang diasuhnya. Metode evaluasi dapat berupa wawancara, observasi instalasi dan kondisi rumah, dan pemeriksaan fisik anggota keluarga.

Proses asesmen keluarga ditandai dengan pengumpulan informasi yang terus menerus dan keputusan profesional yang bermakna mengenai informasi yang dikumpulkan. Dengan kata lain, data dikumpulkan secara sistematis dengan menggunakan alat penilaian keluarga, kemudian diklasifikasikan dan dianalisis maknanya (Freedman, 2015).

Status perkawinan adalah:

1. Struktur dan karakteristik keluarga
2. Sosial, ekonomi dan budaya dibandingkan dengan faktor lingkungan
3. Riwayat medis dan kesehatan setiap anggota keluarga

Mempelajari ibu hamil sebagai sasaran dalam anggota keluarga :

1. Pengaduan Utama
2. Riwayat reproduksi Menstruasi (periode, siklus, lama, keluhan, volume, bau, konsistensi) Riwayat kehamilan Riwayat kehamilan sekarang (kunjungan, usia kehamilan, TT, HPHT), HPL, dll)
3. Riwayat medis (riwayat medis saat ini, riwayat medis)
4. Riwayat psikososial
5. Pola kebiasaan pemeliharaan kesehatan (gizi, kebiasaan, aktivitas, tidur, kebersihan diri, aktivitas seksual, dll)
6. Pemeriksaan Fisik (TFU, LILA, BB, TB, dll)
7. Test support (Contoh USG)

7.5.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan Keluarga

Analisis data dilakukan agar diagnosa keperawatan dapat dirumuskan. Untuk rumus diagnosa diri menggunakan P (Problem) E (Sebab) S (Symptom/Sign). Jenis diagnosis keluargameliputi:

- 1) Diagnosis kesehatan/kesehatan, berlaku jika keluarga memiliki potensi untuk perbaikan dan tidak ada keperawatan keluarga | 121 data tidak cocok. Contoh: Kemauan Ny.Z untuk bertransisi menjadi orang tua pada keluarga Tn.Y. Diagnosa keperawatan keluarga (wallnes) yang mungkin muncul pada keluarga dengan ibu hamil antara lain:
 - a. Siap untuk beralih menjadi orang tua
 - b. Mempersiapkan pekerjaan
 - c. Kesiadaan untuk meningkatkan penyesuaian keluarga
 - d. Kesiadaan untuk meningkatkan pengetahuan
 - e. Bersedia meningkatkan manajemen kesehatan
 - f. Kesiadaan untuk memperbaiki proses keluarga
 - g. Bersiap untuk fortifikasi, dll.

- 2) Diagnostik risiko, berlaku jika tidak ada masalah kesehatan tetapi ada data yang tidak konsisten yang mengganggu. Contoh : Resiko kehamilan yang tidak diinginkan pada Ny Z pada keluarga Tn Y. Diagnosa keperawatan keluarga (risiko) yang mungkin muncul pada keluarga ibu hamil antara lain :
- a. Risiko kehamilan yang tidak diinginkan
 - b. Risiko cedera pada ibu
 - c. Risiko membahayakan bayi yang belum lahir
 - d. Risiko sembelit
 - e. Risiko ketidakseimbangan gula darah
 - f. Risiko kekurangan nutrisi...
- 3) Diagnosa yang benar, diterapkan ketika muncul masalah kesehatan dalam keluarga, didukung dengan data yang tidak lengkap. Dijual di: Mengganggu kenyamanan Ny Z pada keluarga Tn Y. Diagnosa keperawatan keluarga (praktis) yang mungkin timbul pada keluarga dengan ibu hamil antara lain :
- a. Gangguan kenyamanan
 - b. Mual
 - c. Lelah
 - d. Kesenjangan pengetahuan
 - e. Citra tubuh terganggu
 - f. Ketidakmampuan beradaptasi dengan keluarga
 - g. Berkurangnya adaptasi keluarga
 - h. Manajemen kesehatan keluarga yang tidak efektif

No	Data (S)	Etiologi (E)	Masalah (P)
1	DS: Ny.Z mengeluh tidak nyaman, terutama saat tidur Ny.Z sering kencing Ny.Z merasa dirinya jelek DO: terlihat gelisah, postur tubuh berubah, lelah, muntah	Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan: kehamilan	Gangguan rasa nyaman Ny.Z pada keluarga Tn.

Setelah data dianalisis dan dirumuskan diagnosis keperawatan, selanjutnya yaitu penentuan prioritas masalah sesuai tabel 7.2. Rumus prioritas masalah rumus Nilai = Skor x Bobot: Skor Tertinggi

Tabel 7.2. Perhitungan Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai
1	Sifat masalah Skala: Wallnes Aktual Resiko Potensia	3 3 2 1	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: Mudah Sebagian	2 1 0	2	

	Tidak dapat			
3	Potensi masalah untuk dicegah Skala: Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1	
4	Menonjolnya masalah Skala: Segera Tidak perlu Tidak dirasakan	2 1 0	1	

Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara berikut ini:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat.
2. Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot. Skor x bobot Angka tertinggi
3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

7.6 Intervensi Keperawatan Keluarga

Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Perencanaan keperawatan juga dapat diartikan juga sebagai suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien (Widagdo & Kholifah, 2016).

Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan, di antaranya pengetahuan tentang kekuatan dan

kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan, serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain. Menurut (Widagdo & Kholifah, 2016) faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menyusun perencanaan keperawatan keluarga adalah berikut ini.

1. Rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis data secara menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga.
2. Rencana keperawatan harus realistik.
3. Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan.
4. Rencana keperawatan dibuat bersama keluarga

Rencana tindakan keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga dengan anak balita yang sakit antara lain:

- a. Dukungan keluarga merencanakan perawatan
 - b. Dukungan koping keluarga
 - c. Dukungan pengambilan keputusan
 - d. Edukasi nutrisi anak
 - e. Edukasi orang tua: fase anak
 - f. Edukasi pemberian makanan pada anak
 - g. Edukasi stimulasi anak
 - h. Edukasi toilet training
 - i. Pendampingan orang tua dengan anak
 - j. Promosi dukungan keluarga
 - k. Menejemen imunisasi
 - l. Terapi bermain dll
5. Implementasi Keperawatan Keluarga
Keperawatan Keluarga Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah proses dimana perawat mendapatkan

kesempatan untuk menerapkan rencana tindakan yang telah disusun dan membangkitkan minat dan kemandirian keluarga dalam mengadakan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat. Namun sebelum melakukan implementasi, perawat terlebih dahulu membuat kontrak agar keluarga lebih siap baik fisik maupun psikologis dalam menerima asuhan keperawatan yang diberikan.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan. Evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, N. W. E. P., & Ariani, N. K. S. 2021. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Menurunkan Resiko Stunting Pada Balita di Kabupaten Gianyar. *Menara Medika*, 3(2).
- Bobak, L., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. 2005. Keperawatan Maternitas, Edisi 4. *Jakarta: Egc*.
- Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Balita Usia 1-2 Tahun Di Kota Bukittinggi. *Real Nurs J*. 2018;1(2):84. doi:10.32883/rnj.v1i2.264
- Jasiulione JS, Jusiene R. Delivery Mode, Maternal Characteristics, and Developmental Trajectories of Toddlers' Emotional and Behavioral Problems. *Child Youth Care Forum*. 2019;48(3):405-425. doi:10.1007/s10566-019-09487-8
- Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori Dan Praktik. EGC; 2015
- Hidayat AAA. Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1. Salemba Medika; 2005.
- Kumalasari I. Panduan Praktik Laboratorium Dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir Dan Kontrasepsi. Salemba Medika; 2015.
- Kemenkes RI. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi Dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Kemenkes RI; 2015.
- Kementrian RI. Pentingnya Pemantauan Kesehatan Pada Masa Periode Emas Balita. Kemenkes RI; 2015.
- Nurul Kamariyah, Anggasari Y, Muflihah S. Buku Ajar Kehamilan Untuk Mahasiswa & Praktisi Keperawatan Serta Kebidanan. Salemba Medika; 2014.
- ode Nurtina, W., & Amiruddin, A. M. 2017. Faktor risiko kejadian gizi kurang pada balita di wilayah kerja puskesmas benua-benua kota Kendari.

- PPNI TPS. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. PPNI; 2018
- Qolbi, P. A., Munawaroh, M., & Jayatmi, I. 2020. Hubungan status gizi pola makan dan peran keluarga terhadap pencegahan stunting pada balita usia 24-59 bulan. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*, 10(04), 167-175.
- Soetjiningsih, Ranuh. Tumbuh Kembang Anak. EGC; 2015.
- Saminem. Seri Asuhan Kebidanan Kehamilan Normal. EGC; 2009
- Setyawati, V. A. V., & Hartini, E. 2018. Buku ajar dasar ilmu gizi kesehatan masyarakat. Deepublish.
- Safitri Y. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perkembangan Bahasa Balita di UPTD Kesehatan Baserah Tahun 2016. *J Obs J Pendidik Anak Usia Dini*. 2017;1(2):148. doi:10.31004/obsesi.v1i2.35
- Tim Pokja SDKI PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik. PPNI; 2017.
- Kholifah, S., & Widagdo, W. 2016. Modul Buku Ajara Cetak Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 8

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANAK REMAJA DAN ANAK USIA SEKOLAH

Oleh Dona Sartika

8.1 Pendahuluan

Proses keperawatan adalah kerangka kerja untuk memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan berkualitas. Proses keperawatan ini bersifat dinamis dan membutuhkan kreatifitas dalam penerapannya. Langkah-langkah dalam proses keperawatan tetap sama, yaitu dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, tetapi penerapan dan hasilnya akan berbeda di setiap situasi klien (DeLaune and Ladner, 2011). Proses keperawatan keluarga merupakan suatu proses pemberian asuhan keperawatan kepada keluarga, mulai dari pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, implementasi perencanaan keperawatan, dan evaluasi, yang dilakukan secara sistematis.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009, mendefinisikan bahwa keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri; atau suami, istri dan anaknya; atau ayah dan anaknya; atau ibu dan anaknya. Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat, mempunyai pengaruh yang kuat terhadap pertumbuhan dan perkembangan individu yang dapat menentukan kesuksesan atau kegagalan hidup individu tersebut di kemudian hari, sehingga hal ini juga akan memberikan dampak terhadap derajat kesehatan masyarakat (Friedman,

2010). Oleh karena itu, keluarga merupakan salah satu sasaran yang menjadi perhatian dalam praktik pemberian asuhan keperawatan.

Praktik pemberian asuhan keperawatan keluarga memiliki beberapa tingkatan, meliputi: (1) keluarga sebagai konteks, yaitu keluarga menjadi latar belakang individu, asuhan keperawatan yang diberikan berfokus pada individu; (2) keluarga sebagai kumpulan dari anggotanya, yaitu keluarga merupakan penjumlahan dari anggota-anggotanya, anggota keluarga dengan masalah kesehatan yang sama akan diintervensi bersamaan, tetapi dipandang sebagai unit yang terpisah; (3) sub sistem keluarga sebagai klien, yaitu sub sistem dalam keluarga menjadi fokus pengkajian dan intervensi keperawatan, setiap anggota keluarga dipandang sebagai unit yang berinteraksi, contohnya hubungan antara orang tua dan anak, hubungan perkawinan, dan lain-lain; (4) keluarga sebagai klien, yaitu keluarga dipandang sebagai klien dan menjadi fokus utama dalam pengkajian dan perawatan, sementara individu anggota keluarga menjadi latar belakang/konteks; (5) keluarga sebagai komponen masyarakat, yaitu keluarga dipandang sebagai bagian atau sub sistem dalam masyarakat (Friedman, 2010; IPKKI, 2017).

Praktik keperawatan keluarga juga perlu memperhatikan tahapan perkembangan keluarga. Bab ini akan menjelaskan proses keperawatan keluarga pada keluarga dengan tahap perkembangan anak remaja dan anak usia sekolah. Berdasarkan tahapannya, keluarga harus mampu memenuhi tugas-tugas perkembangan keluarga tersebut, apabila keluarga tidak mampu memenuhi tugas-tugas perkembangan tersebut, hal ini dapat menjadi sumber masalah yang akan mempengaruhi derajat kesehatan keluarga.

8.2 Proses Keperawatan Keluarga

8.2.1 Tahap Perkembangan Keluarga dengan Anak Remaja

Tahapan perkembangan keluarga dengan anak remaja dimulai ketika anak pertama berusia 13 tahun. Tahap ini berlangsung selama 6 atau 7 tahun, dapat lebih singkat apabila anak meninggalkan keluarga lebih awal, dan dapat pula berlangsung lebih lama apabila anak masih tinggal di rumah pada usia lebih dari 19 atau 20 tahun. Tugas-tugas perkembangan keluarga pada tahapan ini adalah: (1) menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri; (2) memfokuskan kembali hubungan perkawinan; (3) berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak (Nies and McEwen, 2019).

8.2.2 Tahap Perkembangan Keluarga dengan Anak Usia Sekolah

Tahapan perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar, berakhir saat anak mencapai pubertas pada usia 13 tahun, yaitu awal dari masa remaja. Tugas-tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah: (1) mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat; (2) mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan; (3) memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

8.2.3 Asuhan Keperawatan Keluarga

1) Pengkajian

Proses pengkajian keluarga, salah satunya dapat menggunakan kajian keluarga Friedman (Kaakinen *et al.*, 2010). Pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki dua tahapan. Pengkajian tahap satu berfokus pada masalah

kesehatan keluarga. Pengkajian tahap dua terkait pengkajian kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Pelaksanaan pengkajian ini biasanya dilakukan secara bersamaan. Pengkajian spesifik pada keluarga dengan anak remaja dan anak usia sekolah adalah pada fokus pengkajian individu yang mempunyai masalah kesehatan, yaitu anak remaja dan anak usia sekolah, yang pengkajiannya harus menyesuaikan dengan konsep tumbuh kembang sesuai tahapan perkembangan masing-masing anak.

Variabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga, sebagai berikut:

- a. Data umum/identitas keluarga, mencakup: nama kepala keluarga, alamat, pekerjaan, komposisi anggota keluarga, genogram, tipe keluarga, agama, suku, bahasa sehari-hari, status sosial ekonomi keluarga, aktifitas rekreasi keluarga, jarak pelayanan kesehatan terdekat, dan alat transportasi.
- b. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga meliputi nama, hubungan dengan kepala keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, penggunaan alat bantu (protesa), dan status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit/alergi.
- c. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan, meliputi nama individu yang sakit, diagnosis medis, rujukan dokter atau rumah sakit, keadaan umum, sirkulasi, cairan, perkemihan, pernafasan, muskuloskeletal, neurosensori, kulit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-hari, dan data penunjang medis individu yang sakit (hasil

pemeriksaan laboratorium, radiologi, EKG, USG, dan lain-lain).

Pengkajian pada keluarga dengan masalah anak remaja, perlu memperhatikan proses tumbuh kembang remaja itu sendiri, meliputi karakteristik fisik; perkembangan motorik, seksual, psikososial, kognitif, moral, dan komunikasi; nutrisi; tidur dan istirahat; olahraga dan rekreasi; serta keamanan. Empat perubahan besar yang perlu dikaji pada remaja adalah: (1) pertumbuhan fisik yang cepat, (2) perubahan proporsi tubuh, (3) perkembangan karakteristik kelamin primer (organ kelamin), dan (4) perkembangan karakteristik kelamin sekunder.

Hal-hal lain yang perlu dikaji pada fase remaja adalah bagaimana perasaan dan perjuangan remaja menghadapi perubahan besar yang terjadi pada fase ini, seperti keinginan remaja untuk mandiri, ketika masih membutuhkan pengawasan baik di rumah maupun di sekolah; kekhawatiran tentang perubahan besar yang terjadi pada tubuh mereka; mencari penerimaan teman sebaya, ketika merasa cemas atau frustrasi akan respon yang diberikan teman yang sama; perjuangan untuk meraih prestasi di sekolah, ketika mereka pada fase remaja ini menerima tugas dan tanggung jawab yang meningkat; fluktuasi antara perilaku seperti orang dewasa dan impuls seperti anak kecil; serta bagaimana remaja menyeimbangkan antara tuntutan aktifitas fisik dan sosial dengan peningkatan kebutuhan istirahat dan tidur (Polan and Daphne, 2007).

Pengkajian pada keluarga dengan masalah anak usia sekolah, juga perlu memperhatikan tumbuh kembang anak, yang meliputi pertumbuhan fisik, baik itu tinggi

badan dan berat badan, maupun perkembangan otot dan tulang; perkembangan sensorik; pertumbuhan gigi; perkembangan sistem gastrointestinal dan sistem saraf; perkembangan sistem imun; serta perkembangan motorik, seksual, psikososial, kognitif, moral, dan komunikasi; nutrisi; tidur dan istirahat; kebutuhan bermain; dan keamanan.

Ada lima pencapaian yang signifikan terjadi selama periode usia sekolah, yaitu: (1) pertumbuhan yang cenderung perlahan dan stabil, (2) anak mulai mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, (3) egoisme atau berfokus pada diri sendiri mulai berkurang dan lebih terarah pada tujuan yang ingin dicapai, (4) gigi sulung/gigi susu mulai tanggal dan digantikan dengan tumbuhnya gigi permanen, (5) tahapan perkembangan seksual berada pada fase laten dimana anak menekan minat seksual dan mengembangkan keterampilan sosial dan intelektual (Polan and Daphne, 2007; Santrock, 2016, 2019).

- d. Data kesehatan lingkungan, mencakup sanitasi lingkungan pemukiman, ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah; termasuk karakteristik tetangga dan komunitas, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, serta sistem pendukung keluarga.
- e. Struktur keluarga, mencakup struktur peran, nilai dan norma keluarga, pola komunikasi, dan struktur kekuatan keluarga.
- f. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga. Pengkajian variabel perkembangan keluarga ini akan menjawab tahap perkembangan keluarga saat ini dan bagaimana pemenuhan tugas-tugas perkembangan

keluarganya. Pengkajian keluarga dengan tahap perkembangan anak remaja, meliputi apakah keluarga mampu memandirikan anak dan menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab; apakah keluarga mampu memfokuskan kembali hubungan perkawinannya; dan apakah keluarga mampu menciptakan komunikasi yang terbuka antara orang tua dan anak. Dalam hal ini, perawat juga perlu mengkaji bagaimana pemahaman keluarga tentang karakteristik utama pada masa remaja, yang meliputi: ketidakstabilan emosi, perasaan tidak aman, kemampuan introspeksi, keinginan melakukan berbagai macam eksperimen/percobaan dan proses pembelajaran, serta pengujian terhadap nilai dan keyakinan (Polan and Daphne, 2007).

Pengkajian keluarga dengan tahap perkembangan anak usia sekolah, meliputi bagaimana keluarga mampu mensosialisasikan anak-anaknya, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat, bagaimana keluarga mampu mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan dengan pasangan, dan bagaimana keluarga mampu memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

- g. Fungsi keluarga, mencakup fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, fungsi fisik, dan fungsi perawatan keluarga. Pengkajian variabel fungsi keluarga ini juga mencakup kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan perawatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit,

memelihara/memodifikasi lingkungan rumah yang sehat, dan menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan di masyarakat.

- h. Stressor dan Koping Keluarga, meliputi: stressor jangka pendek, stressor jangka panjang, kemampuan keluarga berespon terhadap masalah, strategi koping yang digunakan, dan strategi adaptasi disfungsional.

2) Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga ditegakkan berdasarkan analisis data dari hasil pengkajian yang telah dikumpulkan untuk menetapkan tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi masalah keperawatan tersebut. Pada keluarga dengan anak remaja dan anak usia sekolah, beberapa kemungkinan diagnosis yang dapat ditegakkan dapat di lihat pada tabel 8.1 di bawah ini:

Tabel 8.1. Daftar Diagnosis Keperawatan Keluarga

Domain	Kelas	Kode	Rumusan Diagnosis Keperawatan
Domain 1: Promosi kesehatan	Kelas 1: Promosi kesehatan	00168	Gaya hidup kurang gerak
	Kelas 2: Manajemen kesehatan	00080	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga
		00099	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
		00188	Perilaku kesehatan cenderung berisiko
Domain 2: Nutrisi	Kelas 1: Makan	00002	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
		00232	Obesitas

Domain	Kelas	Kode	Rumusan Diagnosis Keperawatan
		00269 00270	Ketidakefektifan dinamika makan remaja Ketidakefektifan dinamika makan anak
Domain 3: Eliminasi dan pertukaran	Kelas 2: Fungsi gastrointestinal	00013	Diare
Domain 4: Aktifitas/istirahat	Kelas 5: Perawatan diri	00098 00182	Hambatan pemeliharaan rumah Kesiapan meningkatkan perawatan diri
Domain 5: Persepsi/kognisi	Kelas 4: Kognisi	00126 00161 00222	Defisien pengetahuan Kesiapan meningkatkan pengetahuan Ketidakefektifan kontrol impuls
	Kelas 5: Komunikasi	00157	Kesiapan meningkatkan komunikasi
Domain 6: Persepsi diri	Kelas 1: Konsep diri	00124 00167 00174 00185 00225	Keputusan Kesiapan meningkatkan konsep diri Risiko pelemahan martabat Kesiapan meningkatkan harapan Risiko gangguan identitas pribadi
	Kelas 2: Harga diri	00153	Risiko harga diri rendah situasional
	Kelas 3: Citra tubuh	00118	Gangguan citra tubuh
Domain 7: Hubungan peran	Kelas 1: Peran pemberi asuhan	00056	Hambatan menjadi orang tua
		00057	Risiko hambatan

Domain	Kelas	Kode	Rumusan Diagnosis Keperawatan
		00061	menjadi orang tua Ketegangan peran pemberi asuhan
		00062	Risiko ketegangan peran pemberi asuhan
		00164	Kesiapan meningkatkan menjadi orang tua
	Kelas 2: Hubungan keluarga	00058	Risiko gangguan
		00060	perlekatan
		00063	Diskontinuitas proses keluarga
		00159	Disfungsi proses keluarga
			Kesiapan meningkatkan proses keluarga
	Kelas 3: Penampilan peran	00052	Hambatan interaksi sosial
		00055	Ketidakefektifan performa peran
		00064	Konflik peran orang tua
		00207	Kesiapan meningkatkan hubungan
		00223	Ketidakefektifan hubungan
		00229	Risiko ketidakefektifan hubungan
Domain 8: Seksualitas	Kelas 2: Fungsi seksual	00059	Disfungsi seksual
	Kelas 3: Reproduksi	00227	Risiko ketidakefektifan proses kehamilan-melahirkan
Domain 9: Koping/toleransi stres	Kelas 1: Respon Pascatrauma	00141	Sindrom pascatrauma
		00142	Sindrom trauma
		00145	perkosaan

Domain	Kelas	Kode	Rumusan Diagnosis Keperawatan
	Kelas 2: Respon koping		Risiko sindrom pascatrauma
		00073	Ketidakmampuan koping keluarga
		00074	Pelemahan koping keluarga
		00075	Kesiapan meningkatkan koping keluarga
		00199	Ketidakefektifan perencanaan aktifitas
		00210	Hambatan penyesuaian individu
		00211	Risiko hambatan penyesuaian individu
		00212	Kesiapan meningkatkan penyesuaian individu
		00226	Risiko ketidakefektifan perencanaan aktifitas
	Kelas 3: Stres neurobehavioral	00258	Sindrom putus-zat akut
		00259	Risiko sindrom putus zat-akut
Domain 10: Prinsip hidup	Kelas 3: Keselarasan nilai/keyakinan/tindakan	00083	Konflik pengambilan keputusan
		00169	Hambatan religiositas
		00170	Risiko hambatan religiositas
		00171	Kesiapan meningkatkan religiositas
		00184	Kesiapan meningkatkan pengambilan keputusan
Domain 11: Keamanan/perlindungan	Kelas 1: Infeksi	00004	Risiko infeksi
	Kelas 2: Cedera fisik	00035	Risiko cedera
		00048	Kerusakan gigi

Domain	Kelas	Kode	Rumusan Diagnosis Keperawatan
	Kelas 3: Perilaku kekerasan	00138 00140	Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain Risiko kekerasan terhadap diri sendiri
	Kelas 4: Bahaya lingkungan	00037 00180 00181	Risiko keracunan Risiko kontaminasi Kontaminasi
Domain 12: Kenyamanan	Kelas 3: Kenyamanan sosial	00183	Kesiapan meningkatkan rasa nyaman
Domain 13: Pertumbuhan/ perkembangan	Kelas 1: Pertumbuhan	00113	Risiko pertumbuhan tidak proporsional
	Kelas 2: Perkembangan	00112	Risiko keterlambatan perkembangan

Sumber: (IPKKI, 2017; Herdman and Kamitsuru, 2018).

3) Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan, yang dirumuskan sesuai diagnosis yang telah ditegakkan dengan pendekatan lima tugas kesehatan keluarga. Tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga, dimulai dengan menetapkan prioritas masalah, salah satu skala prioritas yang dapat digunakan adalah dari Maglaya (2009). Ada empat kriteria yang dinilai untuk melakukan skoring, yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dicegah, dan menonjolnya masalah. Setelah mendapatkan kesepakatan bersama keluarga terkait masalah yang menjadi prioritas, maka perawat dapat menyusun perencanaan keperawatan. Salah satu contoh

perencanaan keperawatan keluarga, dapat di lihat pada tabel 8.2 sebagai berikut:

Tabel 8.2. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Diagnosis Keperawatan		NOC		NIC	
Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
00080	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga		TUK 1: Keluarga mampu mengenal masalah:		Keluarga mampu mengenal masalah:
		1803	Pengetahuan: proses penyakit	5602	Pengajaran: proses penyakit
		1813	Pengetahuan: regimen perawatan	5618	Pengajaran: prosedur/perawatan
		0906	TUK 2: Keluarga mampu memutuskan: Pembuatan keputusan	5250	Keluarga mampu memutuskan: Dukungan pengambilan keputusan
		1622	TUK 3: Keluarga mampu merawat: Perilaku patuh: menyiapkan diet dengan tepat	1100 7040 7130	Keluarga mampu merawat: Manajemen nutrisi yang tepat Dukungan pemberi perawatan Pemeliharaan proses keluarga
		1602	Perilaku meningkatkan kesehatan	7140 7110	Dukungan keluarga Peningkatan keterlibatan keluarga
		2205	Kemampuan keluarga memberikan perawatan		

Diagnosis Keperawatan		NOC		NIC	
Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
			langsung		
		2008	TUK 4: Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: Status kenyamanan	7180	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: Bantuan pemeliharaan rumah
		1806	TUK 5: Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan: Pengetahuan: sumber-sumber kesehatan	7400	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan: Panduan sistem pelayanan kesehatan

Sumber: (Bulechek *et al.*, 2013; Murhead *et al.*, 2013; IPKKI, 2017; Herdman and Kamitsuru, 2018).

4) Implementasi

Implementasi asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya, sesuai intervensi yang telah disusun sebelumnya. Pada tahap ini, perawat bertindak sebagai pemberi asuhan keperawatan langsung pada keluarga. Hal lainnya yang perlu diperhatikan perawat adalah ketika implementasi harus menjaga hubungan baik antara perawat dan keluarga. Selain sebagai pemberi asuhan, perawat juga dapat berperan sebagai pendidik, konselor, advokat, model peran, dan koordinator dalam menerapkan sistem perencanaan.

5) Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan berhasil atau tidak. Apabila tidak atau belum berhasil, maka perlu disusun rencana baru yang sesuai. Evaluasi ini dilaksanakan baik formatif maupun sumatif. Hal-hal yang dapat dilakukan dalam kegiatan evaluasi adalah mengkaji kemajuan status kesehatan keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil, dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, G. M. *et al.* 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier.
- DeLaune, S. C. and Ladner, P. K. 2011. *Fundamentals of Nursing: Standards & Practice Fourth Edition*. USA: Delmar Cengage Learning.
- Friedman, M. M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: riset, teori, & praktik*. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Herdman, T. H. and Kamitsuru, S. 2018. *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: definisi dan klasifikasi 2018-2020*. Edisi 11. Jakarta: EGC.
- IPKKI. 2017. *Panduan Asuhan Keperawatan*. Depok: UI-Press.
- Kaakinen, J. R. *et al.* 2010. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Murhead, S. *et al.* 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 5th editio. Elsevier.
- Nies, M. A. and McEwen, M. 2019. *Keperawatan kesehatan komunitas dan keluarga*. Edisi Indo. Edited by J. Sahar, A. Setiawan, and N. M. Riasmini. Indonesia: Elsevier.
- Polan, E. and Daphne, T. 2007. *Journey across the life span: human development and health promotion*. 3rd ed, New York. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Santrock, J. W. 2016. *Children*. Thirteenth. New York: McGraw-Hill Education.
- Santrock, J. W. 2019. *LIFE-SPAN Development*. Tenth Edit. New York: McGraw-Hill Education.

BAB 9

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA PADA LANSIA

Oleh Tini

9.1 Konsep Lansia

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 menyatakan bahwa lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Menua merupakan proses yang tidak dapat dihindari, bersifat biologis dan terjadi secara alamiah. Proses menjadi tua akan dialami oleh setiap orang. Secara alamiah menua merupakan proses seumur hidup yang dimulai tidak hanya pada waktu tertentu, tapi dilewati dalam tiga tahap yaitu masa kanak-kanak, dewasa dan tua. Kondisi ini dapat menyebabkan munculnya berbagai masalah baik secara fisik, mental, sosial, keuangan dan psikologis (Mustika, 2019). Terjadinya kemunduran tersebut merupakan suatu proses dimana kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mempertahankan fungsi normalnya menghilang secara perlahan-lahan. Sehingga hal ini akan mengakibatkan cedera atau kerusakan dan kemunduran fungsi organ.

Proses penuaan merupakan tahap dewasa dalam tahap pertumbuhan manusia mencapai titik perkembangan yang maksimal. Kondisi ini mengalibatkan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel yang mengalami penurunan kapasitas fungsional pada manusia. Penuaan dihubungkan dengan proses perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regenerative yang terbatas, mereka

lebih rentan terkena berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain (Kholifah, 2016).

Lansia memiliki karakteristik yang melekat pada rentang usia mereka yang membuat mereka lebih rentan, seperti penurunan ketajaman pendengaran dan penglihatan dan gangguan pada sistem fungsional utama, yang dapat menghasilkan kecacatan kognitif, ketidakstabilan fungsional, immobilitas, inkontinensia, kecacatan komunikatif, risiko yang lebih besar untuk perkembangan depresi dan risiko jatuh yang lebih tinggi. Keterlibatan keluarga dalam merawat lansia dengan penyakit kronis bertujuan untuk mempertahankan kapasitas fungsional dan kualitas hidup lansia. Lansia sering bergantung dengan bantuan anggota keluarganya. Sehingga keluarga perlu mendapatkan dukungan dan pelatihan untuk bisa menjadi pengasuh bagi lansia (Priscila Tadei Nakata, Francine Melo da Costa, 2017).

9.2 Batasan Usia Lansia

Kategori usia telah dikembangkan oleh beberapa pakar, diantaranya:

1. Berdasarkan tahapan perkembangan psikologi manusia
Pakar psikologi perkembangan Hurlock (2001) membagi usia manusia menjadi 10 tahapan yaitu:
 - a. Periode prenatal
 - b. Bayi : dari lahir sampai akhir minggu kedua
 - c. Masa bayi : akhir minggu kedua sampai akhir tahun kedua
 - d. Awal masa anak-anak : usia 2 sampai 6 tahun
 - e. Akhir masa anak-anak : usia 6 sampai 10 atau 12 tahun
 - f. Awal masa remaja : usia 10 atau 12 tahun sampai 13 atau 14 tahun
 - g. Masa remaja : usia 13 atau 14 sampai 18 tahun
 - h. Awal masa dewasa : usia 18 sampai 24 tahun
 - i. Usia pertengahan : usia 40 sampai 60 tahun

- j. Lanjut usia : usia 60 tahun sampai meninggal
2. Berdasarkan kesehatan
- Kementerian kesehatan mengklasifikasikan usia menjadi beberapa katagori yaitu :
- a. Masa balita : usia 0 sampai 5 tahun
 - b. Masa anak-anak : usia 5 sampai 11 tahun
 - c. Masa remaja awal : usia 12 sampai 16 tahun
 - d. Masa remaja akhir : usia 17 sampai 25 tahun
 - e. Masa dewasa awal : 26 sampai 35 tahun
 - f. Masa dewasa akhir : usia 36 sampai 45 tahun
 - g. Masa lansia awal : usia 46 sampai 55 tahun
 - h. Masa lansia akhir : usia 56 sampai 65 tahun
 - i. Masa manula : usia lebih dari 65 tahun
3. Berdasarkan produktivitas
- a. Usia produktif : usia 15 sampai 60 tahun
 - b. Usia non produktif : usia 0 sampai 15 tahun dan 60 tahun ke atas

9.3 Perubahan pada Lansia

Proses penuaan secara alamiah akan mengakibatkan terjadinya proses degenerasi berbagai organ tubuh manusia. Selain perubahan fisik juga dapat berdampak pada adanya perubahan kognitif, psikologis, sosial dan spiritual lansia.

Tabel 9.1. Perubahan pada Lansia

Perubahan Fisik	Sistem pendengaran	a. Hilangnya kemampuan pendengaran (presbycusis) pada suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas dan sulit mengerti kaka-kata b. Atrofi membrane timpani c. Pengerasan serumen
	Sistem penglihatan	a. Sclerosis sfinger pupil sehingga tidak respon terhadap Cahaya b. Kekeruhan pada lensa c. Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan susah melihat dalam cahaya gelap. d. Daya akomodasi menghilang dan menurunnya lapang pandang.
	Sistem persyarafan	a. Menurunnya berat otak 10-20% b. Respon lambat c. Syaraf panca Indera mengecil d. Kurang sensitive terhadap sentuhan
	Sistem kardiovaskuler	a. Menurunnya elastisitas dinding aorta b. Menebalnya katip jantung c. Menurunnya kemampuan cardiac output d. Elastisitas pembuluh

		darah berkurang e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer yang mengakibatkan terjadinya hipertensi
	Sistem thermoregulator	a. Terjadi hipotermi b. Refleks menggigil menurun sehingga tidak dapat memproduksi panas
	Sistem respirasi	a. Menurunnya kekuatan otot pernafasan dan aktivitas silia b. Kehilangan elastisitas paru c. Melebarnya ukuran alveoli d. Menurunnya kemampuan batuk
	System gastrointestinal	a. Kehilangan gigi b. Menurunnya Indera pengecap c. Melebarnya esofagus d. Menurunnya rasa lapar dan asam lambung e. Melemahnya peristaltic sehingga meningkatkan resiko konstipasi f. Daya absorpsi terganggu
	System reproduksi	a. Menciutnya ovarium dan uterus serta atrofi payudara b. Penurunan produksi sperma bagi laki-laki c. Menurunnya selaput lender vagina
	System genitourinaria	a. Meningkatnya frekuensi buang air kecil

		b. Terjadi kesulitan dalam pengosongan vesika urinaria c. Pembesaran prostat d. Atrofi vulva
	System endokrin	Menurunnya produksi hormom
	System integumen	a. Kulit menjadi keriput, permukaan kasar dan bersisik b. Respon terhadap trauma menurun c. Proteksi kulit menurun d. Kulit kepala dan rambut berwarna kelabu e. Menebalnya rambut dalam hidung dan telinga f. Melambatnya pertumbuhan kuku dan mudah keras serta rapuh
	System muskuloskeletal	a. Kehilangan densitas tulang b. Terjadinya kifosis c. Discus intervertebralis menipis dan memendek d. Persensia membesar dan kaku e. Sclerosis tendon f. Atrofi serabut otot
Perubahan kognitif	Terjadi kemunduran dalam daya ingat, intelegensi, kemampuan belajar, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, kinerja serta motivasi lansia.	
Perubahan mental	Terjadinya perubahan mental dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya adanya perubahan fisik, kesehatan, tingkat pendidikan, keturunan, lingkungan, kehilangan dan gangguan konsep diri.	
Perubahan	Terjadinya kematangan dalam kehidupan keagamaan	

spiritual	yang tertintegrasikan pada proses berfikir dan bertindak dalam kehidupan sehari-hari
Perubahan psikososial	Adanya penurunan kognitif dan psikomotorik dapat mengakibatkan terjadinya perubahan pada aspek psikososial lansia. Hal ini dapat dilihat pada tipe kepribadian lansia : a. Tipe konstruktif b. Tipe mandiri c. Tipe tergantung d. Tipe bermusuhan e. Tipe kritik diri

Sumber : Kholifah (2016)

9.4 Keperawatan Lansia dalam Keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama lansia dalam menjaga kesehatan. Lansia yang tinggal bersama keluarganya memiliki kegiatan sehari-hari (ADL) yang lebih sesuai untuk lansia itu sendiri. Terutama keluarga yang memiliki kesadaran dan pemahaman tentang perawatan lansia yang akan berdampak pada peningkatan sikap dan perilaku dalam merawat lansia di keluarganya (Felpina, Wiyono and Maryah, 2016). Dukungan dari keluarga juga sangat penting dalam membantu menyelesaikan masalah atau aktivitas sehari-hari individu, seperti masalah yang mungkin timbul dari aspek sosial dan psikologis atau emosional (Putra and Utami, 2014).

9.4.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan masing-masing memiliki perannya sendiri yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 2010 dalam Wahyuni et al., 2021). Sementara Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang

yang saling bergantung yang berkumpul dan hidup dalam satu atap.

9.4.2 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tabel 9.2. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap pertama keluarga pemula Keluarga baru dimulai pada saat masing masing individu, yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing, secara psikologi keluarga tersebut membentuk keluarga baru. Suami istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari.	Tugas Perkembangan : - Membangun perkawinan yang saling memuaskan - Menetapkan tujuan bersama - Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial - Persiapan menjadi orang tua - Memahami prenatal care dan Keluarga Berencana
Tahap kedua kelahiran anak pertama Keluarga yang mengharapkan kelahiran mulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama mereka dan berlanjut sampai anak pertama mereka berumur 30 bulan (2,5 tahun). Kehamilan dan persalinan perlu dipersiapkan oleh pasangan	Tugas Perkembangan : - Membentuk keluarga muda sebagai unit yang mantap - Membagi peran dan tanggung jawab - Mempertahankan hubungan perkawinan - Memperluas persahabatan dengan keluarga besar. - KB post partum, Biaya dan perkembangan anak

suami istri melalui beberapa tugas perkembangan penting. Kelahiran bayi pertama memberikan perubahan besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus berperan dalam memenuhi kebutuhan bayi.	f. Mengadakan kebiasaan keagamaan rutin
Tahap ketiga dengan anak pra sekolah Tahap ini dimulai saat anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi dengan kebutuhan dan minat anak prasekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kedua orang tua harus mengatur waktu sedemikian rupa agar kebutuhan anak, suami/istri dan pekerjaan dapat terpenuhi. Orang tua memiliki peran dalam menstimulasi perkembangan individu anak, terutama kemandirian anak agar tugas tumbuh kembang anak pada fase ini tercapai.	Tugas Perkembangan : a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga b. Mensosialisasikan anak c. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lainnya d. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga. e. Pembagian tanggung jawab f. Merencanakan waktu stimulasi
Tahap keempat dengan anak sekolah Tahap ini dimulai saat anak tertua masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga	Tugas Perkembangan : a. Mensosialisasikan anak, meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya. b. Menyediakan aktivitas untuk anak c. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan

sangat sibuk. Selain kegiatan di sekolah setiap anak memiliki kegiatan dan minatnya masing-masing dan orang tua memiliki aktifitas yang berbeda dengan anaknya. Untuk alasan ini, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini orang tua perlu belajar secara terpisah dari anaknya, dan memberikan kesempatan kepada anak untuk bersosialisasi, baik dalam kegiatan di sekolah maupun di luar sekolah.	d. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
Tahap kelima dengan anak remaja Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir hingga usia 19-20 tahun, saat anak tersebut meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuannya adalah keluarga melepas anak remaja dan memberi mereka tanggung jawab dan kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.	Tugas Perkembangan : a. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri. b. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan c. Berkomunikasi secara terbuka antara ortu dan anak-anak.
Tahap keenam dengan anak dewasa Tahap ini dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung jumlah anak dalam keluarga atau	Tugas Perkembangan : a. Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang dapat melalui perkawinan anak. b. Membantu anak untuk hidup mandiri

apakah anak tersebut belum menikah dan terus tinggal bersama orang tua. Tujuan utama pada tahap ini adalah menata kembali keluarga untuk terus berperan dalam melepas anak anaknya untuk hidup sendiri. Keluarga mempersiapkan anak tertua untuk membentuk keluarganya sendiri dan tetap membantu anak terakhir agar lebih mandiri.	c. Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan. d. Membantu orang tua lansia dan sakit sakitan dari suami maupun istri. e. Berperan suami istri kakek dan nenek f. Menciptakan lingkungan rumah sebagai contoh bagi anak - anaknya
Tahap ketujuh keluarga usia pertengahan Tahap ini dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, sehingga pasangan fokus menjaga kesehatan dengan berbagai aktivitas.	Tugas Perkembangan : a. Lebih banyak waktu untuk minat sosial dan waktu santai b. Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan. c. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak2. d. Memperkokoh hubungan perkawinan. e. Persiapan masa tua atau pensiun
Tahap kedelapan keluarga lanjut usia Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai ketika salah satu pasangan pensiun, kemudian satu pasangan meninggal. Proses usia lanjut dan masa pensiun merupakan hal yang tidak dapat	Tugas Perkembangan : a. Mempertahankan pengaturan hidup. b. Menyesuaikan terhadap pendapatan yg menurun/ pensiun. c. Mempertahankan hubungan perkawinan d. Menyesuaikan diri thd

dihindari yang dapat memicu stress karena kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan.	kehilangan pasangan e. Mempertahankan ikatan klg antargenerasi f. Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka g. Melakukan <i>life review</i> masa lalu
---	---

Sumber : Wahyuni et al (2021)

9.4.3 Tujuan Keperawatan Lansia di Keluarga

Tujuan keperawatan pada lansia dalam keluarga adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia guna mencapai lansia yang sehat, mandiri, aktif, produktif dan berdaya guna bagi keluarga dan masyarakat, meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan lansia yang santun, meningkatkan ketersediaan data dan informasi dibidang kesehatan lanjut usia, meningkatkan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, profesi/organisasi profesi, organisasi masyarakat, dunia usaha, media massa dan pihak terkait lainnya, meningkatkan peran serta dan pemberdayaan keluarga, masyarakat dan lanjut usia dalam upaya peningkatan kesehatan lanjut usia, serta meningkatkan peran serta lanjut usia dalam upaya peningkatan kesehatan keluarga dan masyarakat (MENTERI KESEHATAN RI, 2016).

9.4.4 Tugas Kesehatan Keluarga pada Lansia

1. Mengenal masalah kesehatan lansia
2. Megambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan lansia
3. Merawat anggota keluarga lansia
4. Memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis sehingga lansia dapat beradaptasi terhadap proses penuaan
5. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dan sosial dengan tepat sesuai dengan kebutuhan lansia

9.4.5 Pelayanan Lansia dalam Keluarga

Kualitas hidup lansia dapat dipengaruhi oleh berbagai penyakit yang ada dan perubahan pada masa lanjut usia. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya penurunan kualitas hidup dan berdampak pada penurunan kapasitas mental, perubahan peran sosial, kemunduran fisik, depresi pada lansia, serta penurunan produktifitas lansia. Pelayanan dalam keluarga diharapkan menjadi pilihan utama dalam upaya penanganan permasalahan lansia di masa datang. Keluarga merupakan wahana paling baik untuk memberikan pelayanan kepada lansia, karena memiliki potensi dalam merawat orang tua. Dalam pelayanan ini, lansia tetap tinggal di lingkungan keluarga, hidup menyatu bersama anak, cucu, dan atau sanak keluarga lainnya.

Dalam mencapai lansia yang sejahtera, keluarga dapat memberikan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial berupa :

1. Layanan pemenuhan kebutuhan fisik
 - a. Tempat tinggal layak
 - b. Pakaian dan makanan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lansia
 - c. Pemeliharaan kesehatan
2. Layanan pemenuhan kebutuhan psikologis
 - a. Memberikan kasih sayang, rasa tenteran dan nyaman pada lansia
 - b. Membantu memenuhi kebutuhan rohani lansia
3. Layanan pemenuhan kebutuhan sosial
 - a. Memberi kesempatan lansia untuk berhubungan dengan orang di sekitarnya
 - b. Membantu lansia untuk mengunjungi kerabat dekat

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pelayanan keluarga pada lansia:

1. Penghasilan keluarga
2. Beban tanggungan keluarga
3. Proses interaksi dan komunikasi
4. Keberadaan dan potensi lansia

9.5 Proses Keperawatan Keluarga pada Lansia

9.5.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial maupun lingkungan. Tujuan dari tahap pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan juga membuat data dasar klien, mengidentifikasi dan mengenali masalah-masalah yang dihadapi klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.

Tabel 9.3. Data Pengkajian Keperawatan Keluarga

Data Umum	a. Data keluarga meliputi, nama kepala keluarga, alamat, dan telepon jika ada, yang terdiri atas nama atau inisial, jenis kelamin, tanggal lahir, hubungan dengan kepala keluarga, genogram. b. Tipe keluarga yaitu, menjelaskan jenis tipe keluarga beserta masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut. c. Suku bangsa yaitu, mengkaji suku bangsa keluarga tersebut, serta mengidentifikasi budaya suku bangsa terkait dengan kesehatan. d. Agama yaitu, mengkaji agama yang dianut
------------------	---

	oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan. e. Status sosial ekonomi yaitu, ditentukan oleh pendapatan baik kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. f. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga pada lansia yang meliputi : 1. Tugas keluarga yang belum terpenuhi yaitu menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi. 2. Riwayat keluarga inti yaitu menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman terhadap pelayanan kesehatan pada lansia.
Pengkajian Lingkungan	a. Karakteristik rumah seperti ukuran rumah, ventilasi rumah, penerangan rumah, kondisi lantai rumah, kondisi lantai kamar mandi, fasilitas pengaman, saluran pembuangan air limbah, ketersediaan air bersih, pengelolaan sampah, dan denah rumah. b. Karakteristik tetangga dan komunitas RW. c. Perkumpulan usia lanjut dan interaksi dengan masyarakat.

	d. Sistem pendukung keluarga bagi lansia e. Hubungan sosial lansia
Struktur Keluarga	a. Pola komunikasi keluarga yaitu menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga. b. Struktur kekuatan keluarga yaitu kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku. c. Struktur peran yaitu menjelaskan peran dari setiap anggota keluarga baik secara formal maupun informal. d. Nilai atau norma keluarga yaitu menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga terkait dengan kesehatan.
Fungsi Keluarga	a. Fungsi afektif, yaitu perlu dikaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap lansia, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai. b. Fungsi sosialisasi, yaitu perlu mengkaji bagaimana berinteraksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku. c. Fungsi perawatan kesehatan, yaitu menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlu

	dukungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Se jauh mana pengetahuan keluarga mengenal sehat sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, yaitu mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat. d. Pemenuhan tugas keluarga, hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana kemampuan keluarga dalam mengenal, mengambil keputusan dalam tindakan, merawat anggota keluarga lansia, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada untuk lansia (Parwati, 2018).
Masalah Kesehatan Lansia	Mengkaji keluhan atau gejala yang dirasakan lansia selama tiga bulan terakhir pada : - Fungsi penglihatan (penglihatan kabur, mata berair, nyeri pada mata) - Fungsi pendengaran (pendengaran berkurang, telinga berdengung) - Fungsi pernafasan (batuk lama disertai keringat malam, sesak nafas)

	d. Fungsi jantung (jantung berdebar, cepat Lelah, pusing, nyeri tengkuk) e. Fungsi pencernaan (mual, muntah, nyeri ulu hati, makan dan minum yang berlebihan serta perubahan kebiasaan buang air besar) f. Fungsi pergerakan (nyeri kaki saat berjalan, nyeri pinggang atau tulang belakang, nyeri persendian atau bengkok) g. Fungsi persyarafan (lumpuh atau kelemahan pada kaki atau tangan, kehilangan rasa, gemetar atau tremor) h. Fungsi perkemihan (buang air banyak, sering buang air kecil malam hari, tidak mampu mengontrol pengeluaran air kemih)
Perilaku Sehat Lansia	a. Adanya pantangan makanan b. Kebiasaan merokok c. Ketergantungan terhadap obat-obatan d. Kebiasaan olahraga e. Kebiasaan istirahat dan tidur f. Pola koping lansia g. Kecemasan lansia

Sumber : Siti Fatimah (2022)

9.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Dignosa keperawatan yang sesuai dengan standar keperawatan indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi) (D.0077)

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054)
3. Gangguan Integritas jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (D.0129)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada persendian (D.0055)
5. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit (D.0074)
6. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

Perumusan diagnosis keperawatan keluarga dapat diarahkan pada sasaran individu atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi) dan atau tanda (sign). Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

1. Mengetahui masalah kesehatan
2. Mengambil keputusan dengan tepat
3. Merawat anggota keluarga yang sakit
4. Memelihara lingkungan
5. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

9.5.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Keperawatan merupakan suatu petunjuk keperawatan yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Perencanaan keperawatan berikut berdasarkan buku standar diagnosis keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017), buku standar luaran keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI PPNI, 2017), dan buku standar intervensi keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2017).

Prioritas masalah keperawatan

Tabel 9.4. Penentuan Prioritas Masalah

No.	Kriteria	Skala	Skor	Bobot	Rumus nilai
1	Sifat masalah	Aktual Risiko tinggi Potensial	3 2 1	1	Skor/Skor tertinggi x Bobot
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2	Skor/Skor tertinggi x Bobot
3	Potensi masalah dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1	Skor/Skor tertinggi x Bobot
4	Menonjolnya masalah	Segera Tidak perlu Tidak dirasakan	2 1 0	1	Skor/Skor tertinggi x Bobot
Total Skor					

Tabel 9.5. Bentuk Penyusunan Rencana Keperawatan

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D.0077)	Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selamahari diharapkan tingkat nyeri berkurang. Tujuan khusus : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 60 menit diharapkan : 1. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. 2. keluarga	Respon verbal & non verbal	1. Keluarga mampu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis 2. Keluarga mampu mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. keluarga mampu menyebutkan lokasi nyeri. 4. keluarga mampu mengetahui penyebab nyeri.	1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri. 1.2 Identifikasi skala nyeri. 1.3 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. 1.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 1.5 Jelaskan penyebab nyeri. 1.6 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
	mampu mengambil keputusan. 3. keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.			
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054)	Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..hari diharapkan mobilitas fisik meningkat Tujuan khusus : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 60 menit diharapkan :	Respon verbal & non verbal	1. Keluarga mampu mengidentifikasi toleransi fisik klien dalam melakukan pergerakan 2. Keluarga mampu memfasilitasi klien dengan alat bantu	2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 2.4 Monitor kondisi

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
	1. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. 2. keluarga mampu mengambil keputusan. 3. keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. 4. keluarga mampu memodifikasi lingkungan. 5. Keluarga mampu		selama mobilisasi 3. Keluarga mampu memfasilitasi klien dalam melakukan pergerakan	umum selama melakukan ambulasi 2.5 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2.7 Anjurkan melakukan ambulasi dini 2.8 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan sesuai toleransi)

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
	memanfaatkan fasilitas kesehatan			
Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).	Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..hari diharapkan termoregulasi membaik Tujuan khusus : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 60 menit diharapkan : 1.Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. 2.keluarga mampu mengambil	Respon verbal & non verbal	1. Keluarga mampu menyediakan lingkungan yang dingin 2. Keluarga mampu memfasilitasi klien dengan tirah baring	3.1 Monitor suhu sesering mungkin. 3.2 Monitor warna dan suhu kulit. 3.3 Monitor tekanan darah, nadi dan pernapasan. 3.4 Monitor intake dan output. 3.5 Tingkatkan intake cairan dan nutrisi. 3.6 Selimuti klien. 3.7 Tingkatkan sirkulasi udara. 3.8 Kompres klien pada lipat paha dan aksila. 3.9 Berikan Antipiretik.

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
	keputusan. 3. keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. 4. keluarga mampu memodifikasi lingkungan. 5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan			3.10 Kolaborasi pemberian cairan Intravena
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit (D.0074)	Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..hari diharapkan status kenyamanan meningkat Tujuan khusus : setelah dilakukan tindakan	Respon verbal & non verbal	1. Keluarga mampu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis. 2. Keluarga mampu mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. keluarga mampu menyebutkan	4.1 identifikasi tingkat kecemasan 4.2 Guakan pendekatan yang menenangkan 4.3 temani klien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
	keperawatan selama ... x 60 menit diharapkan : 1. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. 2. keluarga mampu mengambil keputusan. 3. keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. 4. keluarga mampu memodifikasi lingkungan.		lokasi nyeri. 4. keluarga mampu mengetahui penyebab nyeri.	sakit 4.4 dengarkan dengan penuh perhatian 4.5 dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 4.6 instruksikan klien menggunakan teknik relaksasi 4.7 kolaborasi pemberian obat untuk mengurangi kecemasan

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
	5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan			
Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat) (D.0129)	Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..hari diharapkan status kenyamanan meningkat Tujuan khusus : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 60 menit diharapkan : 1. Keluarga mampu mengenal masalah	Respon verbal & non verbal	1. Keluarga mampu mengnjurkan klien untuk minum air putih yag cukup 2. Kelurga mampu meningkatkan asupan nutrisi klien 3. Keluarga mampu menganjurkan klien	5.1 Anjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang longgar. 5.2 Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 5.3 Monitor aktivitas dan mobilisasi klien. 5.4 Monitor kulit akan adanya kemerahan. 5.5 Monitor status nutrisi klien. 5.6 Berikan posisi yang mengurangi

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
	kesehatan. 2. keluarga mampu mengambil keputusan. 3. keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. 4. keluarga mampu memodifikasi lingkungan. 5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan		untuk ubah posisi tiap 2 jam jika berbaring	tekanan pada luka. 5.7 Ajarkan klien tentang luka dan perawatan luka.
Gangguan pola tidur	Tujuan umum : setelah dilakukan	Respon verbal &	1. Keluarga mampu	6.1 Monitor dan catat kebutuhan tidur

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
berhubungan dengan nyeri pada persendian (D. 0055).	tindakan keperawatan selama ..hari diharapkan status kenyamanan meningkat Tujuan khusus : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 60 menit diharapkan : 1. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. 2. keluarga mampu mengambil keputusan. 3. keluarga	non verbal	mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, makanan dan minuman yang mengganggu tidur 2. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang nyaman bagi klien 3. Keluarga mampu melakukan prosedur	klien setiap hari dan jam. 6.2 Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur. 6.3 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat. 6.4 Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca). 6.5 Ciptakan lingkungan yang nyaman. 6.6 Diskusikan dengan klien tentang teknik tidur klien.

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Standar Evaluasi	Intervensi
	mampu merawat anggota keluarga yang sakit. 4. keluarga mampu memodifikasi lingkungan. 5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan		kenyamanan 4. Keluarga mampu mengajarkan teknik relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	

Sumber : Siti Fatimah (2022)

9.5.4 Implementasi

Implementasi merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang terdapat dalam rencana tindakan keperawatan. Tahap ini harus mengetahui berbagai hal, diantaranya bahaya fisik dan perlindungan pada lansia, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari lansia dan memahami tingkat perkembangan lansia. Pelaksanaan tindakan diarahkan untuk mengoptimalkan kondisi lansia agar mampu mandiri dan produktif (Kholifah, 2016).

9.5.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Tahap evaluasi merupakan pengawasan untuk mendapat hasil yang sesungguhnya dibandingkan dengan hasil yang diharapkan. Oleh karena itu evaluasi akan terlaksana setelah melakukan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan pelaksanaan. Tahap evaluasi adalah suatu penilaian hasil dan proses yang menentukan keberhasilan yang dicapai dan menentukan kesalahan dari setiap tahapan proses keperawatan (Harefa, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Felpina, D., Wiyono, J. and Maryah, V. 2016. 'Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan ADL di Kelurahan Tlogomas Kota Malang', *Nursing News*, 1(2), pp. 101–114.
- Harefa, E.I.J. 2018. 'Pembelajaran Evaluasi Asuhan Keperawatan Secara Umum', pp. 6–24.
- Kholifah, S.N. 2016. *Keperawatan Gerontik, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan*.
- MENTERI KESEHATAN RI. 2016. *Permenkes RI*.
- Mustika, I.W. 2019. *Buku Pedoman Model Asuhan Keperawatan Lansia Bali Elderly Care, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*.
- Priscila Tadei Nakata, Francine Melo da Costa, C.D.B. 2017. 'Nursing Care for the Elderly in the Family Health Strategy: Integrative Review', *Rev enferm UFPE on line, Recife*, 11(1), pp. 393–402. Available at: <https://doi.org/10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201719>.
- Putra, I.P. and Utami, G.T. 2014. 'Perbandingan Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Dengan Lansia Di Keluarga', *Jom Psik*, 1(2), p. 1.
- Siti Fatimah. 2022. *Asuhan Keperawatan Keluarga pada Lansia dengan Gout Arthritis*. Tidak dipublikasikan.
- Tim Pokja SDKI PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn, DPP PPNI. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Available at: <https://doi.org/10.1097/00000446-198787020-00037>.
- Tim Pokja SIKI PPNI. 2017. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, DPP PPNI. Jakarta.

- Tim Pokja SLKI PPNI. 2017. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st edn. Jakarta.
- Wahyuni, N.T. et al. 2021. *Dwiva Hayati, S . Kep Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Available at: [https://repo.stikmuhptk.ac.id/jspui/bitstream/123456789/311/1/Buku Ajar Keperawatan Keluarga.pdf](https://repo.stikmuhptk.ac.id/jspui/bitstream/123456789/311/1/Buku%20Ajar%20Keperawatan%20Keluarga.pdf).

BAB 10

PERAWATAN PADA KELUARGA DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL

Oleh Yunita Suriani Suardi

10.1 Pendahuluan

Keluarga dengan masalah psikososial merujuk pada keluarga yang menghadapi tantangan atau kesulitan dalam aspek psikologis dan sosial kehidupan mereka. Masalah psikososial dalam konteks keluarga dapat melibatkan berbagai masalah seperti konflik interpersonal, ketegangan, gangguan kesehatan mental, krisis emosional, isolasi sosial, perubahan peran dan dinamika keluarga, dan kesulitan dalam mengatasi stres atau tekanan hidup. Masalah psikososial dapat mempengaruhi fungsi keluarga secara keseluruhan, hubungan antaranggota keluarga, dan kesejahteraan individu dalam keluarga tersebut. Hal ini dapat mempengaruhi kualitas hubungan, komunikasi, kestabilan emosional, pola koping, dan kehidupan sehari-hari keluarga. (Becvar, 2014).

Perawatan dan intervensi yang tepat diperlukan untuk membantu keluarga mengatasi masalah psikososial tersebut, baik melalui konseling keluarga, terapi individu, dukungan kelompok, atau pendekatan lain yang sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya keluarga tersebut.

10.2 Definisi Keluarga dengan Masalah Psikososial

Perawatan keluarga adalah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh anggota keluarga untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan anggota keluarga lainnya. Tujuan

utama dari perawatan keluarga adalah menciptakan lingkungan yang sehat, mendukung pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga, serta mempromosikan kualitas hidup yang baik bagi seluruh keluarga.

Keluarga dengan masalah psikososial merujuk pada keluarga yang menghadapi tantangan atau kesulitan yang memengaruhi aspek psikologis dan sosial kehidupan keluarga secara keseluruhan. Masalah psikososial dalam keluarga dapat melibatkan konflik interpersonal, disfungsi komunikasi, gangguan emosional atau mental, kekerasan dalam rumah tangga, penyalahgunaan zat, atau situasi ekonomi yang sulit, di antara banyak masalah lainnya. Masalah ini dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan individu dalam keluarga serta hubungan dan dinamika keluarga secara keseluruhan. (Olson, DeFrain and Skogrand, 2014) Perawatan keluarga melibatkan beberapa aspek, antara lain:

1. Kesehatan: Termasuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan, memberikan nutrisi yang seimbang, melakukan aktivitas fisik, serta menjaga kepatuhan terhadap pengobatan dan perawatan medis.
2. Emosional: Melibatkan komunikasi yang baik antara anggota keluarga, dukungan emosional, pengelolaan stres, serta penanganan konflik secara konstruktif.
3. Pendidikan: Memastikan akses dan dukungan dalam pendidikan anggota keluarga, serta mendorong pembelajaran sepanjang hayat dan pengembangan potensi. (Marilyn, FRIEDMAN and VICKY, 2019)
4. Keuangan: Mengelola keuangan keluarga, termasuk perencanaan anggaran, pembayaran tagihan, dan pengelolaan investasi.
5. Keamanan: Melindungi anggota keluarga dari bahaya fisik, termasuk kecelakaan dan kekerasan, serta memastikan keamanan rumah dan lingkungan sekitar. (Kaakinen *et al.*, 2018)

10.3 Strategi Perawatan pada Keluarga dengan Masalah Psikososial

Perawatan pada keluarga dengan masalah psikososial melibatkan pendekatan holistik yang memperhatikan aspek emosional, sosial, dan psikologis anggota keluarga yang terkena dampaknya.(Rosyanti and Hadi, 2021) Beberapa strategi perawatan yang umum digunakan meliputi:

1. **Konseling keluarga**

Terapi keluarga merupakan pendekatan terapeutik yang berfokus pada dinamika keluarga dan interaksi antar anggota keluarga. Tujuannya adalah untuk memperbaiki komunikasi, memperkuat hubungan, dan membantu keluarga dalam menghadapi masalah psikososial. Konselor atau terapis keluarga akan membantu keluarga mengidentifikasi masalah yang mendasari, mengembangkan strategi penyelesaian masalah, dan membangun kekuatan keluarga.

2. **Terapi individu**

Kadang-kadang, anggota keluarga yang terkena masalah psikososial membutuhkan terapi individu tambahan untuk mengatasi masalah khusus yang mereka hadapi. Terapis individu dapat membantu anggota keluarga untuk mengenali dan mengatasi kesulitan emosional atau psikologis yang mungkin mempengaruhi dinamika keluarga secara keseluruhan.

3. **Dukungan sosial**

Menyediakan dukungan sosial yang memadai adalah penting dalam perawatan keluarga dengan masalah psikososial. Ini dapat mencakup dukungan dari anggota keluarga lainnya, teman dekat, komunitas agama, atau kelompok dukungan yang relevan. Dukungan sosial dapat membantu keluarga mengurangi isolasi, meningkatkan rasa keterhubungan, dan menawarkan kesempatan untuk berbagi pengalaman dan saran. (Walsh, 2016)

4. Edukasi dan pelatihan

Memberikan edukasi kepada keluarga tentang masalah psikososial yang mereka hadapi dapat membantu mereka memahami penyebab dan gejala masalah tersebut. Selain itu, pelatihan dalam keterampilan pengelolaan stres, komunikasi efektif, atau penyelesaian masalah dapat membantu keluarga mengatasi kesulitan dengan lebih baik.

5. Kolaborasi dengan tenaga medis dan profesional kesehatan mental Kolaborasi dengan tenaga medis dan profesional kesehatan mental seperti psikolog, psikiater, atau pekerja sosial dapat memberikan pendekatan yang terintegrasi dalam perawatan keluarga. Mereka dapat memberikan evaluasi dan diagnosis yang tepat, serta meresepkan terapi medikamentosa jika diperlukan. (McDaniel *et al.*, 2013)

10.3.1 Masalah psikososial yang dapat terjadi dalam keluarga

Beberapa contoh masalah psikososial yang dapat terjadi dalam keluarga meliputi:

1. Konflik antara pasangan suami-istri yang berkepanjangan atau tidak dapat diselesaikan.
2. Kesulitan dalam beradaptasi dengan perubahan besar dalam kehidupan keluarga, seperti kelahiran anak, kematian anggota keluarga, perubahan pekerjaan, atau perpindahan tempat tinggal.
3. Gangguan kesehatan mental, seperti depresi, kecemasan, atau gangguan perilaku pada salah satu anggota keluarga.
4. Masalah keuangan yang serius yang menyebabkan stres dan ketegangan di dalam keluarga.
5. Isolasi sosial atau kurangnya dukungan sosial dari lingkungan sekitar.
6. Penyalahgunaan zat atau alkohol dalam keluarga. Trauma atau krisis yang signifikan dalam kehidupan keluarga, seperti

kecelakaan, bencana alam, atau kekerasan dalam rumah tangga.

10.3.2 Cara mengatasi masalah psikososial dalam keluarga

Mengatasi masalah psikososial dalam keluarga memerlukan komitmen, empati, dan kerjasama dari semua anggota keluarga. Berikut adalah beberapa langkah yang dapat membantu mengatasi masalah psikososial dalam keluarga:

1. Komunikasi yang baik: Buka jalur komunikasi yang jujur dan terbuka antara semua anggota keluarga. Dengan saling mendengarkan dan berbicara dengan empati, anggota keluarga dapat saling memahami dan mengungkapkan perasaan mereka.
6. 2. Penetapan batasan: Tentukan batasan-batasan yang sehat untuk menjaga keseimbangan antara ruang pribadi dan interaksi keluarga. Jangan ragu untuk berbicara tentang ekspektasi dan kesepakatan bersama mengenai bagaimana keluarga berfungsi.
2. Kelola konflik dengan bijaksana: Konflik dalam keluarga adalah hal yang wajar, tetapi penting untuk mengatasi konflik dengan cara yang positif dan bijaksana. Hindari perilaku defensif dan saling menyalahkan, dan fokuslah pada pemecahan masalah dan penyelesaian yang adil.
3. Bentuk dukungan sosial: Dukungan sosial dari keluarga atau teman dapat membantu mengurangi tekanan dan isolasi. Dorong anggota keluarga untuk berbagi perasaan dan beban mereka dengan orang lain yang dipercaya.
4. Prioritaskan kesehatan mental: Kenali tanda-tanda masalah psikososial dan perhatikan kesehatan mental semua anggota keluarga. Jika ada masalah yang lebih serius, pertimbangkan untuk mencari bantuan profesional seperti psikolog atau terapis.

5. Bersama-sama hadapi masalah: Daripada menyalahkan satu sama lain, hadapkan masalah sebagai tim keluarga. Cari solusi bersama dan buat rencana aksi untuk mengatasi masalah yang ada.
6. Jadwalkan waktu berkualitas bersama: Luangkan waktu untuk berkumpul bersama dan melakukan kegiatan yang menyenangkan. Ini bisa membantu meningkatkan ikatan keluarga dan mengurangi ketegangan.
7. Kenali peran dan tanggung jawab masing-masing: Jelaskan peran dan tanggung jawab setiap anggota keluarga sehingga tercipta harmoni dalam hubungan.
8. Hargai perbedaan: Setiap anggota keluarga adalah individu yang unik dengan karakter dan pandangan yang berbeda. Hargai perbedaan tersebut dan jangan mencoba untuk mengubah orang lain.
9. Bersabar: Perubahan tidak terjadi dalam semalam. Dalam mengatasi masalah psikososial dalam keluarga, diperlukan kesabaran dan komitmen untuk terus berusaha meningkatkan hubungan dan komunikasi. (Harwijayanti *et al.*, 2022)

Setiap keluarga memiliki dinamika sendiri-sendiri, dan solusi yang tepat akan bervariasi tergantung pada situasi unik masing-masing keluarga. Jika masalah terasa terlalu rumit atau berat, pertimbangkan untuk mencari bantuan dari ahli konseling atau terapis keluarga yang dapat memberikan panduan dan dukungan lebih lanjut.

Psikososial dalam konteks keperawatan mengacu pada interaksi antara aspek psikologis dan sosial seseorang atau keluarga dengan kesehatan fisik mereka. Dalam keluarga, masalah psikososial dapat mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidup semua anggota keluarga. Beberapa contoh masalah psikososial dalam keluarga meliputi:

1. Konflik interpersonal: Ketegangan dan perselisihan antara anggota keluarga dapat menyebabkan stres dan tekanan psikologis bagi semua orang yang terlibat. Peran keperawatan di sini adalah membantu keluarga mengidentifikasi sumber konflik dan bekerja sama untuk menemukan solusi yang bermanfaat.
2. Gangguan kesehatan mental: Gangguan kesehatan mental salah satu anggota keluarga dapat berdampak pada dinamika keluarga secara keseluruhan. Keperawatan dapat memberikan dukungan emosional dan edukasi tentang cara mengelola kondisi ini dalam konteks keluarga.
3. Perawatan anggota keluarga dengan penyakit kronis: Ketika ada anggota keluarga dengan kondisi kesehatan kronis, seperti diabetes, kanker, atau penyakit lainnya, ini dapat menimbulkan beban psikososial pada keluarga lainnya. Perawat dapat membantu mengajarkan manajemen penyakit, memberikan dukungan emosional, dan memfasilitasi komunikasi yang efektif dalam keluarga.
4. Ketidakstabilan ekonomi: Masalah keuangan dalam keluarga dapat menyebabkan stres dan ketidakamanan psikologis. Keperawatan dapat membantu keluarga mengidentifikasi sumber daya dan bantuan yang tersedia untuk mengatasi tantangan keuangan.
5. Gangguan perkembangan: Anak-anak dengan masalah perkembangan atau kecacatan memerlukan perhatian khusus dalam keluarga. Perawat dapat membantu keluarga mengembangkan strategi dan dukungan yang tepat untuk memfasilitasi perkembangan anak.

Masalah psikososial dalam keluarga merupakan hal yang sering dihadapi oleh keperawatan dalam praktiknya. Dari sudut pandang keperawatan, masalah ini sering kali melibatkan interaksi antara aspek psikologis dan sosial anggota keluarga yang dapat

mempengaruhi kesehatan dan kehidupan sehari-hari mereka. Asuhan keperawatan keluarga dengan masalah psikososial merupakan pendekatan holistik yang melibatkan perawat dalam mengidentifikasi, mengkaji, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan untuk membantu keluarga mengatasi masalah psikososial yang mereka alami. Berikut langkah-langkah dalam asuhan keperawatan keluarga dengan masalah psikososial:

1. Pengumpulan Data: Perawat harus mengumpulkan data secara komprehensif tentang keluarga, termasuk riwayat kesehatan, lingkungan sosial, kebutuhan psikososial, serta peran dan dinamika keluarga.
2. Analisis Data: Data yang telah dikumpulkan dievaluasi dan dianalisis untuk mengidentifikasi masalah psikososial yang mungkin timbul dalam keluarga.
3. Perencanaan: Perawat bekerja sama dengan keluarga untuk merumuskan rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan mereka. Rencana ini dapat mencakup tujuan dan intervensi yang spesifik untuk mengatasi masalah psikososial.
4. Implementasi: Intervensi yang telah direncanakan dijalankan oleh perawat bersama keluarga. Hal ini dapat mencakup sesi konseling, pelatihan keterampilan, dukungan emosional, dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.
5. Evaluasi: Setelah implementasi, perawat mengevaluasi efektivitas intervensi dan kemajuan keluarga dalam mengatasi masalah psikososial. Jika diperlukan, rencana perawatan dapat disesuaikan untuk mencapai hasil yang lebih baik. (Marilyn, FRIEDMAN and VICKY, 2019)

10.3.3 Pengkajian Keluarga dengan Masalah Psikososial

Pengkajian keluarga dengan masalah psikososial adalah proses untuk mengidentifikasi dan memahami aspek psikologis, sosial, dan emosional dalam kehidupan keluarga yang sedang

menghadapi tantangan atau kesulitan. Masalah psikososial dapat mencakup berbagai hal, seperti konflik keluarga, stres, kecemasan, depresi, perubahan peran dalam keluarga, isolasi sosial, kecanduan, dan masalah kesehatan mental lainnya.

Berikut adalah langkah-langkah yang umum dilakukan dalam pengkajian keluarga dengan masalah psikososial:

1. Wawancara dengan Keluarga: Pertama, lakukan wawancara dengan anggota keluarga untuk mendapatkan informasi tentang latar belakang keluarga, sejarah masalah, dan dinamika keluarga saat ini. Pertanyaan-pertanyaan ini akan membantu dalam memahami dinamika dan interaksi antaranggota keluarga.
2. Identifikasi Masalah: Selanjutnya, identifikasi masalah psikososial yang dialami oleh keluarga. Pastikan untuk menanyakan perasaan, kekhawatiran, dan persepsi dari setiap anggota keluarga.
3. Riwayat Keluarga: Dapatkan riwayat keluarga yang relevan, termasuk riwayat kesehatan fisik dan mental keluarga, peristiwa stres yang mungkin mempengaruhi keluarga, perubahan besar dalam keluarga, dan dukungan sosial yang tersedia.
4. Jaringan Sosial: Identifikasi jaringan sosial keluarga, termasuk dukungan dari anggota keluarga lain atau teman dekat. Pertimbangkan juga peran dan hubungan keluarga dengan lingkungan sosial mereka.
5. Peran dan Struktur Keluarga: Analisis peran dan struktur keluarga, termasuk tanggung jawab dan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat.
6. Komunikasi Keluarga: Evaluasi pola komunikasi keluarga, baik yang positif maupun negatif. Identifikasi masalah komunikasi yang mungkin berkontribusi terhadap masalah psikososial.

7. Resiliensi dan Sumber Daya: Tinjau resiliensi keluarga dan sumber daya yang mereka miliki untuk menghadapi masalah psikososial. Identifikasi faktor-faktor protektif yang dapat digunakan untuk mengatasi tantangan.
8. Evaluasi Dukungan: Tinjau dukungan keluarga yang ada dan tingkat dukungan yang diperlukan oleh keluarga dalam mengatasi masalah mereka.
9. Rencana Intervensi: Berdasarkan hasil pengkajian, buatlah rencana intervensi yang sesuai untuk membantu keluarga mengatasi masalah psikososial mereka. Rencana ini dapat mencakup dukungan individu atau kelompok, terapi keluarga, atau referensi ke profesional kesehatan mental lainnya.
10. Pemantauan dan Evaluasi: Setelah intervensi dimulai, lakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala untuk mengukur perkembangan keluarga dan efektivitas intervensi.

Pengkajian keluarga dengan masalah psikososial ini dilakukan oleh profesional kesehatan mental, seperti psikolog, psikiater, atau pekerja sosial, yang memiliki keahlian dalam bekerja dengan keluarga dan masalah psikososial. Penting untuk mendekati keluarga dengan empati, pengertian, dan tanpa penilaian, karena masalah psikososial bisa sangat kompleks dan mempengaruhi kesejahteraan keseluruhan keluarga. (DİNÇ, 2019)

Asuhan keperawatan keluarga dengan masalah psikososial merupakan pendekatan yang holistik dan berfokus pada upaya untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis dan sosial anggota keluarga. Berikut adalah langkah-langkah umum dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah psikososial:

1. Penilaian Keluarga: Lakukan penilaian komprehensif terhadap seluruh anggota keluarga untuk mengidentifikasi

- masalah psikososial yang ada. Penting untuk memahami dinamika keluarga, tingkat dukungan sosial, konflik, dan komunikasi antaranggota keluarga.
2. Identifikasi Masalah: Diskusikan bersama keluarga untuk mengidentifikasi masalah psikososial yang paling signifikan dan berdampak pada kesejahteraan mereka. Hal ini dapat berupa stres, depresi, kecemasan, peran keluarga yang tidak jelas, atau masalah lainnya.
 3. Rencanakan Intervensi: Berdasarkan hasil penilaian, buatlah rencana intervensi yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan keluarga. Intervensi dapat mencakup konseling keluarga, dukungan emosional, pelatihan keterampilan komunikasi, serta pendampingan dalam mencari dukungan dari masyarakat. (Marilyn, FRIEDMAN and VICKY, 2019)
 4. Fokus pada Komunikasi: Bantu keluarga untuk meningkatkan komunikasi antaranggota keluarga. Ajarkan keterampilan komunikasi yang efektif dan berikan ruang untuk menyuarakan perasaan dan kebutuhan masing-masing anggota keluarga. (Wright and Leahey, 2019)
 5. Keterlibatan Dukungan Sosial: Bantu keluarga untuk membangun dan memperluas jaringan dukungan sosial. Dukungan dari masyarakat dan teman-teman dapat membantu mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan kesejahteraan psikososial keluarga.
 6. Evaluasi dan Tindak Lanjut: Lakukan evaluasi secara berkala untuk melihat kemajuan keluarga dalam mengatasi masalah psikososial. Jika diperlukan, lakukan tindak lanjut dengan perubahan intervensi yang relevan. (Kaakinen *et al.*, 2018)

Pengkajian keluarga dengan masalah psikososial adalah proses untuk mengidentifikasi dan memahami aspek psikologis, sosial, dan emosional dalam kehidupan keluarga yang sedang

menghadapi tantangan atau kesulitan. Masalah psikososial dapat mencakup berbagai hal, seperti konflik keluarga, stres, kecemasan, depresi, perubahan peran dalam keluarga, isolasi sosial, kecanduan, dan masalah kesehatan mental lainnya.

Berikut adalah langkah-langkah yang umum dilakukan dalam pengkajian keluarga dengan masalah psikososial:

1. Wawancara dengan Keluarga: Pertama, lakukan wawancara dengan anggota keluarga untuk mendapatkan informasi tentang latar belakang keluarga, sejarah masalah, dan dinamika keluarga saat ini. Pertanyaan-pertanyaan ini akan membantu dalam memahami dinamika dan interaksi antaranggota keluarga.
2. Identifikasi Masalah: Selanjutnya, identifikasi masalah psikososial yang dialami oleh keluarga. Pastikan untuk menanyakan perasaan, kekhawatiran, dan persepsi dari setiap anggota keluarga.
3. Riwayat Keluarga: Dapatkan riwayat keluarga yang relevan, termasuk riwayat kesehatan fisik dan mental keluarga, peristiwa stres yang mungkin mempengaruhi keluarga, perubahan besar dalam keluarga, dan dukungan sosial yang tersedia.
4. Jaringan Sosial: Identifikasi jaringan sosial keluarga, termasuk dukungan dari anggota keluarga lain atau teman dekat. Pertimbangkan juga peran dan hubungan keluarga dengan lingkungan sosial mereka.
5. Peran dan Struktur Keluarga: Analisis peran dan struktur keluarga, termasuk tanggung jawab dan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat.
6. Komunikasi Keluarga: Evaluasi pola komunikasi keluarga, baik yang positif maupun negatif. Identifikasi masalah komunikasi yang mungkin berkontribusi terhadap masalah psikososial.

7. Resiliensi dan Sumber Daya: Tinjau resiliensi keluarga dan sumber daya yang mereka miliki untuk menghadapi masalah psikososial. Identifikasi faktor-faktor protektif yang dapat digunakan untuk mengatasi tantangan.
8. Evaluasi Dukungan: Tinjau dukungan keluarga yang ada dan tingkat dukungan yang diperlukan oleh keluarga dalam mengatasi masalah mereka.
9. Rencana Intervensi: Berdasarkan hasil pengkajian, buatlah rencana intervensi yang sesuai untuk membantu keluarga mengatasi masalah psikososial mereka. Rencana ini dapat mencakup dukungan individu atau kelompok, terapi keluarga, atau referensi ke profesional kesehatan mental lainnya.
10. Pemantauan dan Evaluasi: Setelah intervensi dimulai, lakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala untuk mengukur perkembangan keluarga dan efektivitas intervensi.

Pengkajian keluarga dengan masalah psikososial ini dilakukan oleh profesional kesehatan mental, seperti psikolog, psikiater, atau pekerja sosial, yang memiliki keahlian dalam bekerja dengan keluarga dan masalah psikososial. Penting untuk mendekati keluarga dengan empati, pengertian, dan tanpa penilaian, karena masalah psikososial bisa sangat kompleks dan mempengaruhi kesejahteraan keseluruhan keluarga. (Wright and Leahey, 2019)

Asuhan keperawatan keluarga dengan masalah psikososial melibatkan pendekatan holistik untuk mengatasi masalah kesehatan mental dan hubungan sosial dalam keluarga. Berikut adalah langkah-langkah umum yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah psikososial:

1. **Penilaian Komprehensif:** Perawat harus melakukan penilaian komprehensif terhadap keluarga untuk mengidentifikasi masalah psikososial yang ada. Penilaian ini meliputi aspek-aspek seperti komunikasi keluarga, pola konflik, dukungan sosial, dan kesehatan mental anggota keluarga.
2. **Pendekatan Kolaboratif:** Perawat harus bekerja sama dengan anggota keluarga untuk merencanakan intervensi dan tujuan perawatan. Kolaborasi ini memungkinkan anggota keluarga untuk merasa terlibat dalam proses perawatan dan dapat meningkatkan kepatuhan terhadap rencana perawatan.
3. **Konseling Keluarga:** Perawat dapat memberikan konseling keluarga untuk membantu anggota keluarga mengatasi masalah psikososial dan meningkatkan keterampilan komunikasi dan interaksi keluarga. (Pardede, 2022)
4. **Dukungan Emosional:** Perawat juga berperan sebagai pendukung emosional bagi anggota keluarga yang mengalami masalah psikososial. Mendengarkan dengan empati dan memberikan dukungan emosional dapat membantu mengurangi stres dan meningkatkan coping keluarga.
5. **Edukasi Kesehatan:** Perawat dapat memberikan edukasi kesehatan kepada keluarga tentang masalah kesehatan mental, pentingnya dukungan sosial, dan cara-cara mengatasi stres dan konflik dalam keluarga. (Kaakinen *et al.*, 2018)

Mengatasi masalah psikososial dalam keluarga dapat menjadi tugas yang menantang tetapi sangat penting untuk menciptakan lingkungan keluarga yang sehat dan harmonis.

Berikut adalah beberapa langkah yang dapat diambil untuk mengatasi masalah psikososial dalam keluarga:

1. Komunikasi terbuka: Mendorong komunikasi yang jujur, terbuka, dan menghargai pendapat setiap anggota keluarga. Dengarkan dengan cermat apa yang dikatakan dan berusaha memahami perasaan dan perspektif masing-masing anggota keluarga.
2. Kelola emosi dengan baik: Penting untuk belajar mengenali dan mengelola emosi secara sehat. Bantu anggota keluarga untuk berbicara tentang perasaan mereka tanpa takut dihakimi atau diabaikan.
3. Hindari konflik yang destruktif: Jika terjadi konflik, hindari saling menyalahkan atau menyerang satu sama lain. Alihkan fokus pada solusi daripada mencari kesalahan.
4. Jadwalkan waktu berkualitas bersama: Ciptakan waktu untuk berkumpul bersama sebagai keluarga. Aktivitas seperti makan malam bersama, bermain permainan, atau berbicara tentang hari-hari masing-masing dapat memperkuat ikatan keluarga.
5. Jangan lupakan humor: Tertawa bersama dapat menjadi cara yang efektif untuk mengurangi ketegangan dan mengatasi masalah.
6. Batasi konsumsi teknologi: Batasi waktu layar dan perangkat teknologi untuk memastikan bahwa anggota keluarga dapat terlibat satu sama lain dengan wajah dan berinteraksi secara langsung.
7. Bentuk dukungan sosial: Carilah dukungan dari luar keluarga, seperti teman, kerabat, atau bahkan dukungan profesional jika diperlukan.
8. Tangani stres dengan baik: Bantu anggota keluarga untuk mengidentifikasi sumber stres dan cari cara yang sehat untuk mengatasinya, seperti olahraga, meditasi, atau berbicara dengan seorang terapis.

9. Berlatih empati: Dorong anggota keluarga untuk mencoba memahami perasaan dan perspektif satu sama lain. Berempati bisa membantu mengurangi konflik dan meningkatkan keintiman dalam keluarga.
10. Cari bantuan profesional: Jika masalah psikososial dalam keluarga terasa terlalu kompleks atau sulit untuk diatasi sendiri, jangan ragu untuk mencari bantuan dari profesional, seperti psikolog atau konselor keluarga.

Setiap keluarga unik, dan apa yang berhasil untuk satu keluarga mungkin tidak cocok untuk yang lain. Penting untuk tetap terbuka dan fleksibel dalam mencari solusi yang tepat untuk mengatasi masalah psikososial dalam keluarga. Kesabaran dan kerjasama dari semua anggota keluarga juga sangat penting dalam proses ini. (Kaakinen *et al.*, 2018)

10.3.4 Penatalaksanaan Keperawatan dengan masalah psikososial dalam keluarga

Penatalaksanaan keperawatan dengan masalah psikososial dalam keluarga melibatkan berbagai intervensi untuk membantu anggota keluarga mengatasi masalah psikologis dan sosial yang mereka hadapi. Beberapa langkah yang dapat diambil oleh perawat dalam membantu keluarga mengatasi masalah psikososial meliputi:

1. Pengkajian Komprehensif: Perawat perlu melakukan pengkajian komprehensif terhadap keluarga untuk memahami masalah psikososial yang sedang dialami. Pengkajian ini meliputi identifikasi masalah keluarga, pola komunikasi, dukungan sosial, dan resiliensi anggota keluarga.
2. Pendekatan Terapeutik: Perawat harus menggunakan pendekatan terapeutik yang empatik dan mendukung untuk membantu anggota keluarga merasa nyaman dalam

- berbicara tentang masalah mereka. Ini mencakup mendengarkan aktif, memberikan dukungan, dan menunjukkan empati. (Laverdière *et al.*, 2020)
3. **Konseling Keluarga:** Konseling keluarga merupakan salah satu bentuk intervensi yang efektif untuk mengatasi masalah psikososial dalam keluarga. Perawat dapat memfasilitasi sesi konseling keluarga di mana anggota keluarga dapat berbicara tentang masalah mereka dan mencari solusi bersama.
 4. **Edukasi:** Perawat dapat memberikan edukasi kepada keluarga tentang cara mengatasi masalah psikososial, strategi coping, dan mengenali tanda-tanda peringatan jika masalah semakin memburuk.
 5. **Rujukan:** Jika masalah psikososial dalam keluarga lebih kompleks dan memerlukan intervensi lebih lanjut, perawat dapat merujuk keluarga ke profesional kesehatan mental atau spesialis terkait lainnya.
 6. **Dukungan Sosial:** Perawat dapat membantu keluarga dalam memperluas jaringan dukungan sosial mereka, seperti menghubungkan mereka dengan kelompok dukungan atau sumber daya komunitas. (Arble and Arnetz, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Arble, E. and Arnetz, B.B. 2021. 'Anticoagulants and the hemostatic system: A primer for occupational stress researchers', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), p. 10626.
- Becvar, D.S. 2014. 'Surprised by divorce: Working with the spouse for whom the rejection was unanticipated', *When Marriages Fail: Systemic Family Therapy Interventions and Issues*, p. 195.
- DİNÇ, Z.F. 2019. *Sporda Psiko-Sosyal Alanlar*. Akademisyen Kitabevi.
- Harwijayanti, B.P. et al. 2022. *Psikologi Keperawatan*. Get Press.
- Kaakinen, J.R. et al. 2018. *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Laverdière, O. et al. 2020. 'French adaptation of the Mini-IPIP: A short measure of the Big Five', *European Review of Applied Psychology*, 70(3), p. 100512.
- Marilyn, R., FRIEDMAN, B. and VICKY, R.J. 2019. *Family nursing: Research, theory, and practice*. Pearson.
- McDaniel, S.H. et al. 2013. *Family-oriented primary care*. Springer Science & Business Media.
- Olson, D.H., DeFrain, J. and Skogrand, L. 2014. 'Marriages and Families: Intimacy', *Diversity, and Strengths New York: McGraw Hill Education* [Preprint].
- Pardede, J.A. 2022. 'Koping Keluarga Tidak Efektif Dengan Pendekatan Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa'.
- Rosyanti, L. and Hadi, I. 2021. 'Memahami Beban, Kondisi Psikososial dan Koping Keluarga (Caregivers) Dalam Merawat Penderita Gangguan Jiwa (Pendekatan Keluarga)', *Health Information: Jurnal Penelitian*, 13(2), pp. 165–180.
- Walsh, F. 2016. 'Family resilience: A framework for clinical practice', *Family process*, 42(1), pp. 1–18.

Wright, L.M. and Leahey, M. 2019. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis.

BIODATA PENULIS



Dewi Rury Arindari, S.Kep.,Ners.,MNS

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah Palembang

Penulis lahir pada 12 Oktober 1987 di Talang Ubi, Kabupaten Muara Enim, Sumatera Selatan. Pendidikan tinggi diselesaikan tahun 2009 pada Jurusan Ilmu Keperawatan dan profesi Ners (2010) di PSIK FK Universitas Sriwijaya dan pada tahun 2016 berhasil memperoleh gelar Master of Nursing Science (MNS) di Kasetsart University, Thailand, major field “Family and Community Health Nursing”. Penulis aktif melakukan kegiatan tri dharma perguruan tinggi, meliputi pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Prestasi yang pernah diraih antara lain sebagai 1). Presenter International Conference di Bangkok, Thailand; 2). Lulus Beasiswa Luar Negeri (BLN) dari Kemenristekdikti; 3). Sertifikat hipnoterapist (CH dan CHt); 4). Lulus sertifikasi dosen professional; 5). Pemenang hibah Penelitian Dosen Pemula (PDP) oleh kemenristekdikti pada tahun 2019 dan 2020; 6). Terbaik ke-III Perawat Pendidik berprestasi Kota Palembang.

Email penulis: dewirury2018@gmail.com
dewirury@stikes-sitikhadijah.ac.id

BIODATA PENULIS



Iskandar Zulkarnanen, S.Kep., Ns., M.Kep
Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar

Penulis lahir di Parado Rato Kabupaten Bima tanggal 28 Februari 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar. Jenjang akademik penulis, Pertama menempuh pendidikan S1 dan sekaligus menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar dan setelah itu penulis melanjutkan ke jenjang Pasca Sarjana Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis memulai kariernya sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar dari Tahun 2015 sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom

Dosen tetap STIKes Fatmawati,

Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom adalah dosen tetap STIKes Fatmawati, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2000), Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2013), dan Pendidikan Program Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014). Saat ini menjabat sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik STIKes Fatmawati. Selain mengajar, aktif pula dalam melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan menghasilkan beberapa karya yang memperoleh HAKI.

BIODATA PENULIS



Asriani Bahar, S.Kep.,Ns., M.Kes

Dosen Prodi Keperawatan Universitas Syekh Yusuf
Al-Makassari Gowa

Asriani Bahar, S.Kep.,Ns., M.Kes. Lahir pada 13 Agustus 1987 di Bone, Sulawesi Selatan. Lulus S-1 di Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar tahun 2009, lulus S-2 di Program Magister Kesehatan Universitas Muslim Indonesia tahun 2016. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Keperawatan Universitas Syekh Yusuf Al-Makassari Gowa. Mengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga. Saat ini menjabat sebagai Kepala Laboratorium Keperawatan Universitas Syekh Yusuf Al-Makassari-Gowa. asrianibahar@usy.ac.id

BIODATA PENULIS



Yanti Mustarin, S.Kep.,Ns.,M.Kes.

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
STIKES Gema Insan Akademik Makassar

Penulis lahir di Sengkang, 16 Juni 1985. Penulis Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan pada tahun 2008 dan kemudian melanjutkan dan program profesi Ners tahun 2009 dan tamat profesi ners pada tahun 2010 di STIKES Gema Insan Akademik Makassar. Penulis melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2016 dan tamat tahun 2018. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan , Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Gema Insan Akademik Makassar (2011-sekarang), Sekretaris Program Studi Sarjana Keperawatan (2012-2018), Sekretaris Program Studi Profesi Ners (2018-2022), Ketua Program Studi Profesi Ners (2022-sekarang), Anggota Dewan Pengurus Wilayah Persaudaraan Dosen Republik Indonesia (PDRI) Povinsi Sulawesi Selatan Periode 2019-2024

BIODATA PENULIS



Ns. Dona Sartika, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K

Dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners di
Poltekkes Kemenkes Banten

Penulis lahir di Bengkulu Tanggal 05 Januari 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners di Poltekkes Kemenkes Banten. Riwayat pendidikan penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada Tahun 2008 di STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu dan menyelesaikan Pendidikan Magister dan Spesialis Keperawatan Komunitas pada Tahun 2022 di Universitas Indonesia.

BIODATA PENULIS



Ns. Tini, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Diploma 3 Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur

Penulis lahir di Muara Muntai Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur pada tanggal 01 Juli 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan pada Akademik Keperawatan Muhammadiyah Samarinda pada Tahun 2001, S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2005 dan melanjutkan S2 Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Komunitas di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2015. Penulis memiliki keilmuan di bidang Keperawatan Komunitas dan juga aktif sebagai peneliti di bidang keperawatan tersebut. Beberapa penelitian baik yang bersifat mandiri maupun dibiayai telah dipublikasikan pada berbagai jurnal nasional dan internasional. Penulis tertarik menulis buku mengenai asuhan keperawatan pada keluarga ini dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif pada pengembangan keilmuan.

BIODATA PENULIS



Yunita Suriani Suardi, S.Kep. Ns. M.Kes.

Dosen Program Studi Profesi Ners
STIKES Gema Insan Akademik Makassar

Penulis lahir di Sengkang tanggal 22 Oktober 1985. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES GIA Makassar tahun 2004 dan tamat tahun 2010, melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Muslim Indonesia tahun 2014 dan tamat tahun 2016. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners STIKES Gema Insan Akademik Makassar (Tahun 2010 sampai sekarang). Wakil Ketua I (2022-sekarang).