

KEPERAWATAN KELUARGA 2



Esti Nur Janah, Ani Nuraeni, Alif Nurul Rosyidah, Margiyati,
Dewi Rury Arindari, Sulistiyan, Irma Herliana, Nur Andani,
Prishilla Sulupadang, Haris



KEPERAWATAN KELUARGA 2

**Esti Nur Janah
Ani Nuraeni
Alif Nurul Rosyidah
Margiyati
Dewi Rury Arindari
Sulistiyani
Irma Herliana
Nur Andani
Prishilla Sulupadang
Haris**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN KELUARGA 2

Penulis :

Esti Nur Janah
Ani Nuraeni
Alif Nurul Rosyidah
Margiyati
Dewi Rury Arindari
Sulistiyani
Irma Herliana
Nur Andani
Prishilla Sulupadang
Haris

ISBN : 978-623-125-174-9

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

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, Mei 2024

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 2 ini.

Buku Ini Membahas Konsep Keperawatan Keluarga, Model Dan Teori Dalam Keperawatan Keluarga, keluarga sejahtera, Trend Da Issue Keperawatan Keluarga, Peran Perawat Keluarga, Proses Asuhan Keperawatan Keluarga, Asuhan Keperawatan Keluarga Pasangan Baru, Keperawatan Keluarga Dengan Kelahiran Anak Pertama, Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anak Remaja, Asuhan Keperawatan Keluarga Dewasa Dan Pertengahan.

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, Mei 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB 1 KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Keluarga	1
1.2.1 Definisi Keluarga	1
1.2.2 Tipe Keluarga	3
1.2.3 Fungsi Keluarga	5
1.2.4 Peranan Keluarga	5
1.2.5 Tugas-tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan ...	6
1.2.6 Tahap Perkembangan Keluarga.....	8
1.3 Konsep Keperawatan Keluarga.....	10
1.3.1 Definisi Keperawatan Keluarga.....	10
1.3.2 Tujuan Keperawatan Keluarga.....	10
1.3.3 Sasaran Keperawatan Keluarga	12
1.3.4 Perspektif Keperawatan Keluarga.....	12
1.3.5 Peran Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga	14
DAFTAR PUSTAKA	15
BAB 2 MODEL DAN TEORI DALAM KEPERAWATAN KELUARGA	17
2.1 Pendahuluan.....	17
2.2 Florence Nightingale: Keperawatan Modern	18
2.3 Dorothea E.Orem: Model <i>Self Care</i>	20
2.4 Betty Neuman: Model System	23
2.5 Sister Callista Roy: Model Adaptasi	26
2.6 Imogene M. King: Teori Pencapaian Tujuan	29
DAFTAR PUSTAKA	32
BAB 3 KELUARGA SEJAHTERA.....	33
3.1 Pendahuluan.....	33
3.2 Pengertian Keluarga Sejahtera	33
3.3 Tujuan Keluarga Sejahtera	34
3.4 Klasifikasi Keluarga Sejahtera	34
3.4.1 Keluarga Prasejahtera.....	34

3.4.2 Keluarga Sejahtera.....	34
3.5 Indikator Keluarga Sejahtera	35
3.5.1 Keluarga Prasejahtera	35
3.5.2 Keluarga Sejahtera Tahap I.....	35
3.5.3 Keluarga Sejahtera Tahap II.....	36
3.5.4 Keluarga Sejahtera Tahap III	36
3.5.5 Keluarga Sejahtera Tahap III Plus.....	37
3.6 Faktor yang Mempengaruhi Keluarga Sejahtera	37
3.6.1 Faktor Internal.....	37
3.6.2 Faktor Eksternal	37
3.7 Pengukuran Keluarga Sejahtera	38
3.8 Pendekatan dalam Pengukuran Keluarga Sejahtera ...	39
3.9 Peran Perawat dalam Keluarga Sejahtera	40
DAFTAR PUSTAKA.....	42
BAB 4 TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN KELUARGA. 43	
4.1 Pendahuluan	43
4.2 Trend dan Issue Global	43
4.3 Trend dan Issue Nasional	44
4.3.1 Pelayanan.....	44
4.3.2 Pendidikan	46
4.3.3 <i>Telenursing</i> Keperawatan Keluarga	47
4.3.4 <i>Home Care</i> dan Keperawatan Keluarga.....	48
4.3.5 Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.....	49
4.3.6 Kebijakan dan Legislasi Pelayanan Kesehatan Keluarga.....	51
DAFTAR PUSTAKA.....	53
BAB 5 PERAN PERAWAT KELUARGA	55
5.1 Pendahuluan	55
5.2 Macam-macam Peran Perawat Keluarga.....	55
DAFTAR PUSTAKA.....	64
BAB 6 PROSES KEPERAWATAN KELUARGA.....	65
6.1 Pendahuluan	65
6.2 Proses Keperawatan Keluarga	66
6.3 Pengkajian	73
6.4 Diagnosa Keperawatan Keluarga.....	78
6.5 Intervensi Keperawatan Keluarga	81

6.6 Implementasi keperawatan keluarga.....	83
6.7 Evaluasi keperawatan keluarga	84
DAFTAR PUSTAKA	85
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	
PASANGAN BARU.....	87
7.1 Konsep Keluarga Pasangan Baru (<i>Beginning family</i>) ..	87
7.2 Proses Asuhan Keperawatan Pada Keluarga	
Pasangan Baru.....	90
7.2.1 Pengkajian.....	90
7.2.2 Diagnosis.....	98
7.2.3 Perencanaan/Intervensi.....	99
7.2.4 Implementasi	103
7.2.5 Evaluasi.....	104
7.3 Peran dan Fungsi Perawat dalam Memberikan	
Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Pasangan Baru.	104
7.4 Kesimpulan dan Rekomendasi	108
DAFTAR PUSTAKA	109
BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	
DENGAN KELAHIRAN ANAK PERTAMA	113
8.1 Pendahuluan.....	113
8.2 Defenisi	114
8.3 Tahap Perkembangan Keluarga ' <i>Childbearing</i> '	
(Kelahiran Anak Pertama).....	115
8.4 Tugas Perkembangan <i>Childbearing</i>	115
8.5 Peran Perawat dalam Perkembangan Keluarga	
<i>Childbearing</i>	116
8.6 Dignosa yang Sering Muncul pada <i>Childbearing</i>	117
8.7 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Kelahiran	
Anak Pertama	118
8.7.1 Pengkajian.....	118
8.7.2 Diagnosa Keperawatan	118
8.7.3 Intervensi	119
8.8 Kesimpulan	120
DAFTAR PUSTAKA	121
BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	
DENGAN ANAK REMAJA	123
9.1 Pendahuluan.....	123

9.2 Defenisi remaja.....	124
9.3 Perkembangan Remaja.....	124
9.4 Pengkajian Keluarga Dengan Anak Remaja.....	130
9.5 Diagnosis Keperawatan Pada Keluarga Dengan Anak Remaja	133
9.6 Intervensi Dan Implementasi Keperawatan Keluarga Dengan Anak Remaja.....	135
9.7 Evaluasi Keperawatan Keluarga Dengan Anak Remaja	138
DAFTAR PUSTAKA.....	140
BAB 10 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN USIA DEWASA DAN PERTENGAHAN	143
10.1 Definisi Usia Dewasa Dan Pertengahan	143
10.2 Gambaran Kesehatan Usia Dewasa dan Pertengahan.....	143
10.3 Pengkajian	144
10.4 Masalah Keperawatan.....	145
10.5 Perencanaan keperawatan	145
10.6 Implementasi.....	153
10.7 Evaluasi	154
DAFTAR PUSTAKA.....	155
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Tata Hubungan Kerja Pelayanan Keperawatan Keluarga Dengan Unit Terkait	45
Gambar 4.2. Telenursing	48
Gambar 4.3. Pelayanan <i>Home Care</i> Puskesmas	49
Gambar 4.4. Mekanisme interaksi Puskesmas dalam PIS PK.....	51
Gambar 4.5. Alur Perijinan Praktik Perawat	52

BAB 1

KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Esti Nur Janah

1.1 Pendahuluan

Peran keluarga serta komunitas memiliki signifikansi besar dalam kehidupan, karena melalui keterlibatan dalam kedua entitas tersebut, seseorang bisa mengalami perkembangan serta pertumbuhan pribadi. Fungsi dari keluarga serta komunitas memiliki dampak yang kuat pada kesehatan kelompok, masyarakat, keluarga serta individu.

Keluarga mempunyai peran yang sangat vital pada upaya perawatan sebagai unit yang paling kecil di masyarakat yang menjadi pintu masuk dalam meraih kesehatan masyarakat yang maksimal. Keluarga juga dinilai sebagai suatu sistem sosial, di mana anggotanya, termasuk ayah, ibu, serta anak atau individu lain yang tinggal bersama, saling berinteraksi secara teratur dengan adanya ketergantungan serta hubungan untuk mencapai tujuan bersama (Andarmoyo, 2012).

1.2 Konsep Keluarga

1.2.1 Definisi Keluarga

Beberapa pakar berpendapat tentang makna keluarga, termasuk di antaranya:

1. WHO (1969)

Keluarga terdiri dari berbagai individu di rumah tangga yang terjalin karena adanya perkawinan, adopsi atau pertalian darah.

2. Baylon dan Maglaya (1978)

Keluarga ialah kelompok 2 ataupun lebih individu yang mana individu tersebut tinggal bersama dalam satu keluarga sebab adanya perkawinan, adopsi ataupun keterkaitan darah. Mereka saling menjalankan interaksi,

mempunyai peran dan memelihara serta menciptakan badan usaha.

3. Duvall (1986)

Keluarga termasuk kumpulan individu yang memiliki ikatan melalui pernikahan, kelahiran, atau pengangkatan, dengan tujuan membentuk dan meningkatkan ikatan emosional, kemampuan fisik, sosial, serta mental bagi setiap anggota keluarga.

4. Depkes RI (1988)

Keluarga termasuk unit paling kecil di masyarakat mencakup suami-istri, anak-anak serta suami-istri ataupun ayah dan anak ataupun anak dan ibu.

5. Johnson's (1992)

Keluarga ialah kumpulan 2 individu ataupun lebih yang memiliki ataupun tidak mempunyai hubungan darah serta hidup bersama di satu tempat, terlibat dalam kehidupan berkelanjutan, memiliki ikatan emosional serta kewajiban di antara satu dengan yang lainnya.

6. Friedman

Keluarga ialah kelompok dua orang ataupun lebih yang tinggal bersama di suatu rumah tangga, terikat oleh perkawinan, hubungan darah, ataupun pengangkatan, dengan masing-masing memiliki peran khusus.

Dari beberapa definisi, bisa disimpulkan bahwa keluarga memiliki arti yang beragam seperti berikut:

1. Struktur dasar dari suatu komunitas
2. Dibentuk oleh dua individu atau lebih
3. Melibatkan ikatan pernikahan atau hubungan keluarga
4. Menjalani kehidupan bersama di satu rumah
5. Dipimpin oleh kepala keluarga
6. Terjadi interaksi antaranggota keluarga
7. Setiap individu memainkan perannya masing-masing
8. Berkontribusi dalam pembentukan serta pemeliharaan budaya.

1.2.2 Tipe Keluarga

Komposisi keluarga dalam suatu rumah tangga mencerminkan jenis keluarga, dengan pembagian antara keluarga tradisional serta non tradisional.

Contoh keluarga tradisional mencakup:

1. *The Nuclear family*, yang meliputi istri, suami serta anak, bisa mencakup anak angkat atau pulang kandung.
2. *The dyad family*, suatu rumah tangga dengan istri serta suami tanpa kehadiran anak. Bisa dicatat bahwa keluarga ini kemungkinan belum mempunyai anak ataupun tidak sama sekali, sehingga saat analisis data, perlu dijalankan klarifikasi lebih lanjut.
3. *Single parent*, yakni keluarga dengan satu orang tua serta anak, baik itu anak kandung ataupun angkat. Keadaan ini bisa disebabkan oleh kematian ataupun perceraian.
4. *Single adult*, sebuah rumah tangga yang di dalamnya mencakup satu orang dewasa, bisa terjadi pada seseorang yang tidak menikah ataupun tidak memiliki pasangan hidup.
5. *Extended family*, yang melibatkan keluarga inti bersama dengan anggota keluarga lainnya seperti nenek, kakek, bibi serta lainnya. Struktur keluarga ini umum dijumpai di Indonesia terutama di wilayah pedesaan.
6. *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah karena anak-anak mereka sudah memiliki karir sendiri atau telah menikah.

Sedangkan jenis keluarga non- tradisional antara lain :

1. *The Unmarried teenege mather*, Keluarga Seorang Ibu Muda yang belum menjalankan perkawinan ialah keluarga yang dijalani mencakup orang tua khususnya ibu serta anak hasil dari hubungan tanpa ikatan pernikahan.
2. *The Stepparent Family*, ialah keluarga yang melibatkan orang tua yang bukan orang tua biologis.
3. *Commune Family*, termasuk sejumlah pasangan keluarga dengan anak-anak yang tinggal bersama tanpa ikatan darah, berbagi sumber daya serta fasilitas, serta pengalaman yang serupa dalam membesarkan anak.

4. *The Non Marital Heterosexual Conhibiting Family*, ialah keluarga yang tinggal bersama dengan mengganti-ganti pasangan tanpa melibatkan perkawinan.
5. *Gay And Lesbian Family*, ialah keluarga yang terdiri dari individu dengan orientasi seksual yang sama, hidup bersama lainnya pasangan yang sah.
6. *Cohibiting Couple*, ialah hidup bersama yang dijalankan oleh orang dewasa tanpa adanya ikatan perkawinan sebab suatu alasan.
7. *Group-Marriage Family*, melibatkan beberapa orang dewasa yang memakai peralatan rumah tangga bersama, serta merasa seperti sudah menikah, serta beberapa aspek seperti kehidupan seksual dan membesarkan anak.
8. *Group Network Family*, ialah keluarga inti yang hidup bersama atau berdekatan, tunduk pada aturan atau nilai bersama, serta saling berbagi barang rumah tangga, serta pelayanan, dan tanggung jawab untuk membesarkan anak.
9. *Foster Family*, ialah keluarga yang sementara menerima anak dengan tidak adanya hubungan saudara ataupun keluarga, membantu pada saat orang tua anak itu membutuhkan waktu untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.
10. *Homeless Family*, ialah keluarga yang tercipta serta tidak mempunyai perlindungan permainan sebab krisis pribadi yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan mental serta ekonomi.
11. Gang, suatu model keluarga yang sifatnya destruktif dari berbagai individu kemudian yang berusaha mencari ikatan keluarga serta emosional yang memiliki perhatian namun berkembang dalam kriminal serta kekerasan dalam kehidupannya.

1.2.3 Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Friedman, 2010) ialah seperti berikut:

1. Fungsi afektif menjadi peran utama keluarga dalam membimbing anggota keluarga supaya bisa berinteraksi dengan orang lainnya di luar lingkungan rumah.
2. Fungsi sosialisasi serta lingkungan bersosialisasi berkaitan dengan pengembangan anak dan tempat pelatihan sosial sebelum mereka terlibat dengan masyarakat di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi ialah tanggung jawab keluarga dalam mempertahankan keturunan serta menjaga kelangsungan hidup serta keluarganya.
4. Fungsi ekonomi melibatkan peran keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup serta memberikan kesempatan bagi individu untuk memberikan peningkatan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan hidup.
5. Fungsi keperawatan ataupun pemeliharaan kesehatan melibatkan upaya keluarga untuk menjaga kesehatan anggota keluarga supaya selalu produktif, serta hal ini berkembang menjadi tanggung jawab dalam aspek kesehatan.

1.2.4 Peranan Keluarga

Peran keluarga mencakup serangkaian perilaku interpersonal, kegiatan serta sifat yang berkaitan dengan individu pada posisi serta situasi tertentu. Pola perilaku serta harapan dari masyarakat, kelompok serta keluarga menjadi dasar bagi peran individu dalam keluarga, seperti yang diungkapkan oleh Friedman (2010). Friedman membagi peran keluarga menjadi dua kategori, yakni peran formal, yang termanifestasi secara eksplisit pada struktur peranan keluarga serta peranan informal, yang mempunyai sifat tidak terlihat serta diharapkan bisa memenuhi kebutuhan emosional serta menjaga keseimbangan keluarga. Dalam konteks ini, berbagai peran dalam keluarga bisa diidentifikasi, diantaranya ialah seperti berikut:

1. Fungsi resmi dalam keluarga ialah peran yang secara terang-terangan terdapat dalam struktur peran keluarga.

Keluarga, dalam menjalankan peran formalnya, membagi tugas atau pekerjaan sesuai dengan kemampuan serta kompetensi setiap anggota keluarga. Terdapat delapan peran khusus yang bisa diidentifikasi, termasuk peran sebagai penyedia, perawat anak, pengatur rumah tangga, sosialisasi anak, persaudaraan, reaksi, terapeutik, serta seksual.

2. Fungsi informal keluarga mencakup peran yang tidak terlihat secara jelas namun diharapkan bisa memenuhi berbagai kebutuhan emosional serta menjaga keseimbangan keluarganya. Beberapa peranan informal melibatkan pengharmonis, pendorong, berbagai inisiator, Pionir keluarga, pendamai, pengasuh keluarga, penghibur serta perantara keluarga.

Sedangkan Effendi (2002) membagi peran keluarga seperti berikut:

1. Peranan ayah
Sebagai suami serta ayah bagi istri serta anak-anaknya, ayah memiliki peran penting sebagai penyedia keuangan, pendidik, pelindung, serta sumber keamanan. Dia bertindak sebagai anggota kelompok, kepala keluarga, serta anggota masyarakat yang di lingkungannya.
2. Peranan ibu
Istri dalam keluarga memiliki tugas sebagai pengurus rumah tangga, pendidik, pelindung, pengasuh anak, serta berperan dalam peran sosial serta sebagai anggota kelompok yang ada dilingkungan sekitarnya. Ibu juga mampu mencari nafkah untuk anak maupun keluarganya.
3. Peranan anak
Anak-anaknya melaksanakan fungsi psiko-sosial yang sesuai dengan perkembangan, sosial, fisik serta spiritual mereka.

1.2.5 Tugas-tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Berdasarkan Efendi, F & Makhfudli (2009), secara keseluruhan, keluarga bisa menjalankan 5 fungsi kesehatan keluarga, seperti diungkapkan oleh Bailon serta Maglaya (1978):

1. Mengetahui persoalan kesehatan keluarga ialah keharusan, sebab keberlangsungan keluarga tergantung pada kesehatan, serta terkadang segala sumber daya keluarga bisa habis akibat permasalahan kesehatan. adapun Orang tua perlu memahami situasi kesehatan keluarga serta berbagai perubahan yang terjadi, karena setiap perubahan yang ada, serta menjadi perhatian keluarga atau orang tua.
2. Menentukan langkah-langkah kesehatan yang sesuai untuk keluarga termasuk tanggung jawab utama keluarga dalam mencari suatu bantuan yang bagus serta sesuai keadaan keluarga. Hal ini perlu dipertimbangkan dengan memilih anggota keluarga yang mempunyai kemampuan ataupun kompetensi untuk mengambil keputusan mengenai tindakan yang dibutuhkan.
3. Memberi perawatan di anggota keluarga yang sedang sakit mengharuskan keluarga untuk memahami beberapa hal berikut:
 - a. Kondisi kesehatan
 - b. Karakteristik dan evolusi keperawatan yang diperlukan
 - c. Ketersediaan fasilitas perawatan
 - d. Sumber daya dalam lingkungan keluarga
 - e. Respons keluarga pada anggota yang sedang sakit
4. Saat menjalankan penyesuaian lingkungan rumah untuk memberikan kondisi yang sehat untuk anggota keluarga yang sedang sakit, penting bagi keluarga untuk memiliki pemahaman mengenai beberapa hal berikut:
 - a. Kekayaan keluarga yang berasal dari dalam keluarga,
 - b. Keuntungan dari menjaga kelestarian lingkungan,
 - c. Signifikansi kebersihan serta sanitasi,
 - d. Langkah-langkah untuk mencegah penyakit,
 - e. Pandangan atau sikap yang dimiliki oleh keluarga,
 - f. Solidaritas antara anggota keluarga
5. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat
Pada saat membawa anggota keluarga ke fasilitas kesehatan penting untuk memahami berbagai hal seperti berikut:
 - a. Keberadaan dari fasilitas kesehatan.

- b. Berbagai manfaat yang bisa didapat dari fasilitas kesehatan
- c. Tingkat kepercayaan pihak keluarga pada fasilitas serta petugas kesehatan
- d. Pengalaman buruk pada fasilitas atau petugas kesehatan
- e. Ketersediaan fasilitas di bidang kesehatan yang bisa didapat oleh keluarga.

1.2.6 Tahap Perkembangan Keluarga.

Diperlukan pemahaman terhadap delapan fase perkembangan keluarga, yang ditetapkan berdasarkan usia anak pertama dalam keluarga yang sudah memiliki anak. Fasenya mencakup hal-hal berikut:

1. Keluarga baru menikah ataupun pemula
Tugas perkembangan keluarga ini ialah:
 - a. Membuat hubungan pernikahan yang memberikan kepuasan satu sama lain.
 - b. Menjaga ikatan persaudaraan, pertemanan, serta kelompok sosial.
 - c. Berdiskusi tentang rencana untuk mempunyai keturunan.
2. Tahap perkembangan keluarga yang kedua ialah keluarga dengan anak baru lahir.
Tugas perkembangannya ialah:
 - a. Mendirikan keluarga muda sebagai entitas yang kuat untuk menyatukan bayi yang baru dilahirkan ke dalam lingkungan keluarga;
 - b. Menyeimbangkan berbagai tugas perkembangan yang bertentangan serta memenuhi kebutuhan setiap anggota keluarga;
 - c. Menjaga keharmonisan dalam hubungan pernikahan;
 - d. Memperluas jejaring persahabatan dengan keluarga besar melalui keterlibatan peranan orang tua serta kakek nenek.
3. Keluarga dengan anak usia pra sekolah
Tugas perkembangannya ialah:

- a. Memastikan kebutuhan keluarga terpenuhi, termasuk tempat tinggal, area bermain, privasi, serta keamanan;
 - b. Membiasakan anak berinteraksi sosial; menyatukan anak baru dengan tetap memperhatikan kebutuhan anak lain;
 - c. Menjaga hubungan yang sehat di dalam serta di luar keluarga.
4. Keluarga dengan anak usia sekolah
Tugas perkembangannya ialah:
 - a. Mengedukasi berbagai anak seperti memberikan tingkatan prestasi di sekolah serta membangun hubungan yang baik dengan temannya.
 - b. Menjaga hubungan perkawinan supaya tetap baik
 - c. Menyediakan kebutuhan kesehatan fisik bagi seluruh anggota keluarga.
5. Keluarga dengan anak remaja
Tugas perkembangan keluarganya ialah:
 - a. Menjaga keseimbangan antara tanggung jawab serta kebebasan saat remaja mengalami peralihan ke dewasa serta lebih mandiri;
 - b. Mengarahkan kembali fokus dalam hubungan pernikahan;
 - c. Membuka jalur komunikasi yang jelas antara anak-anak serta orang tua.
6. Keluarga melepas anak usia dewasa muda
Tugas perkembangan keluarganya ialah:
 - a. Membesarkan lingkaran keluarga dengan mengakomodasi anggota baru yang diperoleh melalui pernikahan anak;
 - b. Terus memperbarui maupun menyesuaikan hubungan pernikahan;
 - c. Memberikan dukungan kepada orangtua yang lanjut usia serta sakit dari pasangan hidup.
7. Keluarga dengan usia pertengahan
Tugas perkembangan keluarganya ialah:
 - a. Menyajikan lingkungan yang mendukung kesejahteraan;

- b. Menjaga hubungan yang baik serta bermanfaat dengan anak-anak serta lansia;
 - c. menguatkan ikatan perkawinan di dalam serta di luar lingkup keluarga.
8. Keluarga dengan usia lanjut
- Tugas perkembangan keluarganya ialah:
- a. Menjaga gaya hidup yang baik
 - b. Beradaptasi dengan penurunan pendapatan.
 - c. Menjaga keberlanjutan perkawinan
 - d. Beradaptasi dengan kehilangan pasangan.
 - e. Menjaga keterikatan keluarga lintas generasi.
 - f. Terus berusaha mengetahui makna hidupnya

1.3 Konsep Keperawatan Keluarga

1.3.1 Definisi Keperawatan Keluarga

Pemberian asuhan keperawatan keluarga melibatkan seluruh anggota keluarga dalam kondisi sehat atau sakit, bertujuan untuk meraih kesejahteraan yang optimal (Friedman et al., 2014). Potter et al. (2020) mendeskripsikan keperawatan keluarga sebagai upaya membantu anggota keluarga menjaga kesehatan tinggi mereka melalui pengalaman penyakit. Ini mencakup beberapa hal seperti diagnosis, pengkajian, implementasi, intervensi serta evaluasi holistik pada semua anggota keluarga guna memberikan peningkatan kesejahteraan kesehatan secara maksimal. Menurut Kholifah & Widagdo (2016), keperawatan keluarga ialah layanan holistik di mana keluarga menjadi fokus, melibatkan tahapan pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, serta evaluasi dengan melibatkan seluruh anggota keluarga.

1.3.2 Tujuan Keperawatan Keluarga

Ali (2010) menyatakan bahwa keperawatan keluarga memiliki tujuan umum dalam meningkatkan kemampuan, serta kesadaran keluarga untuk menjaga serta meningkatkan kesehatan mereka. Secara lebih spesifik, keperawatan keluarga bertujuan membantu keluarga dalam merawat kesehatan mereka serta mengatasi masalah kesehatan.

Leavell, dalam Friedman et al. (2014), menyatakan bahwa tujuan keperawatan keluarga, yang dijabarkan melalui kerangka yang disusun, meliputi tingkat pencegahan untuk dijadikan dasar praktek kesehatan masyarakat serta layanan kesehatan komunitas. Adapun tingkat pencegahan itu meliputi semua kondisi sakit serta sehat, dengan tujuan ataupun maksud yang sesuai dengan berbagai tingkatan pencegahan diantaranya ialah seperti berikut:

1. Pencegahan primer

Mencegah penyakit dan cedera melibatkan upaya promosi kesehatan serta langkah-langkah pencegahan khusus untuk menjaga individu tetap sehat. Kesadaran tentang kesehatan mental dan fisik juga termasuk faktor kunci. Kendala dalam pencegahan ini meliputi keterbatasan dana untuk perawatan profesional, sulitnya akses ke penyuluhan kesehatan, serta kebutuhan akan konseling. Hambatan lain mencakup kurangnya perhatian terhadap keluarga yang terlibat akibat perilaku buruk profesional kesehatan serta nilai-nilai materialistik dalam sistem pekerjaan, kesehatan, serta pendidikan yang tidak memadai.

2. Pencegahan sekunder.

Tahap pencegahan ini mencakup deteksi dini, diagnosa, serta terapi. Bisa dipahami jika Kunci pencegahan sekunder ialah menjalankan diagnosa serta terapi secepat mungkin pasien. Perawat memegang. Pencegahan primer bermaksud untuk menghentikan penyakit memburuk ataupun mencegah kecacatan peranan penting dalam menjalankan penilaian terhadap keluarga untuk memastikan pelayanan yang tepat. Tindakan pencegahan melibatkan deteksi patologi ataupun disfungsi keluarga yang seringkali membutuhkan pendidikan kesehatan guna memberikan peningkatan pemahaman pihak keluarga mengenai manfaat dari suatu penilaian. Peran perawat dalam memberikan rujukan serta tindakan lanjut yang cermat menjadi integral dalam tindakan ini.

3. Pencegahan tersier.

Tindakan ini melibatkan langkah-langkah pemulihan serta rehabilitasi, dengan fokus pada pengurangan kecacatan serta peningkatan fungsi pasien. Perawatan jangka panjang bagi

individu yang menghadapi penyakit kronis juga menjadi bagian integral dari strategi pencegahan ini. Klinik perawat bertujuan untuk menyembuhkan penderitaan secara emosional, fisik, serta spiritual bagi pasien serta keluarga, dengan perawat keluarga memainkan peran utama sebagai penemu kasus, advokat, pendidik, serta konselor.

1.3.3 Sasaran Keperawatan Keluarga

Sasaran dari pelayanan keperawatan keluarga :

1. Keluarga sehat

Meskipun keluarga secara keseluruhan berada pada kondisi sehat, perlu dijalankan antisipasi terhadap perubahan siklus pertumbuhan serta perkembangan keluarga. Fokus intervensi pada keperawatan utamanya terletak dalam usaha promosi pencegahan penyakit serta kesehatan.

2. keluarga risiko tinggi serta rawan kesehatan

Keluarga yang berisiko tinggi mencakup yang mempunyai keputusan khusus mengenai penyesuaian siklus perkembangan serta pertumbuhan anggota keluarga, termasuk faktor risiko seperti bayi berat badan lahir rendah, balita dengan status gizi kurang ataupun buruk, balita atau bayi yang belum diimunisasi serta ibu hamil dengan anemia.

3. Keluarga yang membutuhkan tindak lanjut

Keluarga yang anggota keluarganya menghadapi permasalahan kesehatan serta membutuhkan tindakan lanjut layanan kesehatan atau keperawatan seperti klien setelah mengalami rawat inap akibat penyakit kronis, tindakan pembedahan, penyakit degeneratif, penyakit degeneratif ataupun penyakit terminal.

1.3.4 Perspektif Keperawatan Keluarga

1. Keluarga sebagai konteks

Konteks keluarga dalam asuhan keperawatan menekankan individu sebagai fokus utama, dengan perhatian khusus pada kesehatan serta perkembangan anggota keluarga dalam menghadapi lingkungan tertentu.

Evaluasi dijalankan terhadap kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien serta anggota keluarganya, yang bervariasi berdasarkan tingkat serta situasi perkembangan seseorang. Perawat juga wajib memahami perannya untuk memenuhi berbagai kebutuhan psikologis dari para pasien.

Perawat terlibat dengan keluarga di sejumlah tingkatan; dari menjalankan evaluasi sebagai pendukung sosial pasien hingga melibatkan keluarga secara aktif pada proses perawatan. Adapun pengkajian memperhitungkan dampak nyata serta Sosioemosional keluarga pada pasien, yang diintegrasikan dalam rencana terapi.

2. Keluarga sebagai pasien yakni asuhan keperawatan yang mengacu pada perhatian terhadap hubungan serta dinamika internal, struktur, serta fungsi keluarga, bersama dengan interaksi subsistem keluarga serta hubungannya dengan lingkungan luar.

Dalam perspektif perawat, fokus utama asuhan keperawatan tergantung pada cara keluarga dianggap sebagai pasien, dengan penekanan pada hubungan serta proses keluarga, contohnya pola pengasuhan. Pada konteks ini, keluarga menjadi fokus utama, di mana perawat memeriksa peran anggota keluarga, pola interaksi, serta upaya memenuhi kebutuhan pasien dalam kerangka pencapaian serta pemeliharaan kesehatan individu. Perencanaan perawatan bukan hanya mencakup kebutuhan pasien namun juga kebutuhan dari keluarga, khususnya dalam kasus perawatan keluarga yang melibatkan evaluasi peran serta interaksi antaranggota keluarga. Pendekatan yang lebih luas dan rujukan bisa diperlukan untuk menangani masalah keluarga yang kompleks.

3. Keluarga sebagai sistem, Pentingnya memahami keluarga sebagai sistem terletak pada fokus penilaian serta campur tangan yang ditujukan khusus untuk subsistem keluarga. Praktek perawatan melibatkan seluruh anggota keluarga, memandang keluarga sebagai aspek, serta memperlakukan

unit keluarga sebagai pasien dengan memanfaatkan sumber daya lingkungan, sosial, serta psikologis yang ada.

1.3.5 Peran Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga

Peranan dari perawat keluarga dijelaskan oleh Gusti (2013) yakni seperti berikut:

1. Keluarga perlu mendapatkan pendidikan kesehatan supaya bisa secara mandiri menangani serta bertanggung jawab atas masalah kesehatan yang muncul.
2. Perawat yang berinteraksi langsung dengan pasien serta keluarga, baik di klinik ataupun di rumah, mempunyai tanggung jawab untuk memberi perawatan secara langsung.
3. Sebagai konsultan, perawat berperan sebagai sumber informasi untuk keluarga ketika menghadapi masalah kesehatan.
4. Koordinator dibutuhkan dalam perawatan berkelanjutan untuk memastikan tercapainya pelayanan yang baik.
5. Dalam peran pengawas kesehatan, para perawat menjalankan kunjungan ke rumah untuk menjalankan identifikasi isu kesehatan keluarga.
6. Melalui kolaborasi, para perawat menjalankan kerjasama dengan kelompok pelayanan kesehatan yang lainnya untuk meraih tingkat kesehatan yang maksimal.
7. Sebagai fasilitator, perawat memberi bantuan kepada keluarga mengatasi hambatan dalam meningkatkan derajat kesehatan.
8. Sebagai penemu kasus, perawat menjalankan identifikasi permasalahan kesehatan.
9. Modifikasi lingkungan oleh perawat diperlukan untuk mencapai kesehatan lingkungan, baik di rumah maupun masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang Ayu H. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Denpasar: Sagung Seto.
- Afdal, A. (2015). Pemanfaatan konseling keluarga eksperensial untuk penyelesaian kasus kekerasan dalam rumah tangga. *Jurnal EDUCATIO: Jurnal Pendidikan Indonesia*
- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Elsevier Ltd.
- Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bailon & Maglaya. (1987). *Perawatan Kesehatan Keluarga*. Jakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Dion, Y., Yasinta B. (2015). *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik*. Yogyakarta: Nuha Media.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik*. Jakarta: 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.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. CV. Trans Info Media.
- Harlinawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi: Pustaka As Salam.
- Harmoko. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jhonson L & Leny R. (2017). *Keperawatan Keluarga Plus Contoh Askep Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Media.
- Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

- Mubarak, Wahid Iqbal, dkk. (2012). Ilmu Keperawatan Komunitas 2; Konsep dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika
- Nurihsa, A. J. (2014). Bimbingan dan Konseling, Bandung: Refika Aditama, hal. 10
- 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.
- Salamung, Niswa, dkk. (2021). *Keperawatan Keluarga (Family Nursing)*. Duta Media Publishing
- Setiawati, S., Agus Citra D. (2008). *Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
- Siregar, D., Manurung, E. I., Sihombing, R. M., Pakpahan, M., Sitanggang, Y. F., Rumerung, C. L., Arkianti, M. M. Y., Tompunu, M. R. G., Trisnadewi, N. W., Tambunan, E. H., Simbolon, I., Kartika, L., & Triwahyuni, P. (2020). *Keperawatan Keluarga*. Yayasan Kita Menulis.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Tomey, & Alligood. (2006). *Nursing theorist and their work, Six Edition*, St.Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Widagdo, Wahyu. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.

BAB 2

MODEL DAN TEORI DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Ani Nuraeni

2.1 Pendahuluan

Teori keperawatan merupakan konseptualisasi suatu aspek keperawatan untuk mendeskripsikan, menjelaskan, memprediksi atau menentukan asuhan keperawatan (Perry & Hall, 2020). Teori keperawatan menyediakan rasional tentang bagaimana dan mengapa perawat melakukan intervensi spesifik, dan untuk memprediksi perilaku dan luaran yang muncul pada pasien. Teori memberikan perspektif untuk mengkaji kondisi pasien, juga membantu perawat untuk menganalisis dan menginterpretasi data.

Keperawatan adalah salah satu jenis pelayanan kesehatan profesional yang diberikan oleh seorang perawat kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik dalam kondisi sehat maupun sakit dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan berdasarkan kiat-kiat keperawatan. Pelayanan keperawatan ini akan berdampak terhadap mutu asuhan keperawatan. Perawat perlu mengembangkan ilmu dan praktik keperawatan melalui penggunaan teori dan model konseptual keperawatan saat memberikan pelayanan untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang bermutu dan berkualitas (Muhlisin et al., 2010)

Tulisan teori Florence menandai telah dimulainya perkembangan model dan teori keperawatan yang sangat mempengaruhi ilmu keperawatan, kemudian berlanjut dengan pakar-pakar lainnya yang menghasilkan teori dan model keperawatan. Teori dan model keperawatan yang dapat digunakan dalam praktik keperawatan keluarga mencakup teori

Florence Nightingale dan model keperawatan Dorothea Orem, Betty Neuman, Sister Calista Roy dan Imogene King.

2.2 Florence Nightingale: Keperawatan Modern

Teori Florence Nightingale dikenal dengan teori lingkungan karena Florence melakukan berbagai tindakan untuk membantu menyembuhkan pasien dengan melakukan modifikasi lingkungan. Saat Florence bekerja menjadi sukarelawan perang Krimea di Scutary Turki, Florence menemukan berbagai masalah yang terjadi akibat peperangan yaitu sanitasi lingkungan yang buruk seperti air yang terkontaminasi, seprai terkontaminasi, pencahayaan yang kurang, cuaca yang dingin. Selain itu terjadi infestasi kutu, infeksi luka dan penyakit oportunistik yang dialami tentara ketika mereka pulih dari luka akibat peperangan (Alligood, 2017a). Oleh karena itu Florence melakukan perbaikan hygiene dan sanitasi seperti mengatur tempat tidur para penderita, memperbaiki system pembuangan limbah, dan mengatur sirkulasi udara. Florence juga melakukan perawatan luka dengan cermat, mengganti balutan luka secara berkala, memberikan obat sesuai waktunya, membersihkan ruangan dengan mengepel lantai setiap hari, membersihkan meja kursi, dan mencuci pakaian yang kotor. Selain itu, Florence setiap malam berkeliling dengan membawa lentera untuk mencari korban perang dan memberikan pertolongan pada tentara yang masih hidup serta berkeliling bangsal untuk memberikan intervensi untuk meningkatkan kenyamanan emosional pada para tentara sehingga Florence dijuluki "*the lady of the lamp*" (Aini, 2022).

Menurut Florence, keperawatan berarti memodifikasi faktor-faktor lingkungan sehingga dapat membantu proses penyembuhan pasien. Florence menguraikan terdapat 3 faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan yaitu:

1. Lingkungan fisik

Dalam teorinya, Florence menjelaskan konsep sanitasi atau kebersihan, udara, ventilasi, pencahayaan, air bersih, kehangatan dan ketenangan. Lingkungan fisik akan menyebabkan masalah kesehatan apabila kondisi lingkungan lembab, tidak bersih, dingin, bau dan gelap.

2. Lingkungan psikologis

Florence meyakini ada hubungan antara kesehatan psikologis dengan kesehatan fisik pasien. Lingkungan yang tidak sehat bisa berdampak stres psikologis pada pasien. Oleh karena itu perawat dituntut untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien dan melakukan komunikasi terapeutik untuk menjaga kesehatan psikologis pasien.

3. Lingkungan sosial

Lingkungan sosial seperti latar belakang budaya, kondisi ekonomi mempengaruhi derajat kesehatan. Latar belakang budaya akan mempengaruhi keyakinan, nilai-nilai dan kebiasaan seseorang dalam menjalankan praktik kesehatan. Sedangkan ekonomi akan mempengaruhi seseorang dalam mengakses pelayanan kesehatan serta kepatuhan dalam pengobatan(Perry & Hall, 2020).

Dalam teorinya, Florence mengidentifikasi 5 unsur penting yang mempengaruhi kesehatan lingkungan yaitu udara segar, air bersih, drainase yang efisien, kebersihan, dan pencahayaan. Florence meyakini lingkungan yang sehat dibutuhkan guna memberikan perawatan yang tepat. Tindakan perawatan yang dideskripsikan dalam teori Florence adalah sebagai berikut:

1. Ventilasi: modifikasi lingkungan agar ventilasi udara optimal dan menjaga kehangatan pasien dengan mengatur suhu ruangan, membuka jendela, dan mengatur posisi pasien di dalam ruangan dengan benar.
2. Pencahayaan: menggerakkan dan memposisikan pasien agar terpapar oleh sinar matahari.
3. Kebersihan: menjaga kebersihan diri pasien dan lingkungan sekitar pasien.
4. Kebisingan: identifikasi tingkat kebisingan dan jaga kondisi ruangan pasien tetap tenang.
5. Diet: kaji intake makanan, jadwal makan, beri makan sesuai kebutuhan gizi dan kaji efek makanan yang dikonsumsi pasien.
6. Administrasi keperawatan: perawat tetap bertanggung jawab atas lingkungan walaupun tidak hadir secara fisik.

Teori Florence tidak secara khusus membahas keperawatan keluarga namun dalam catatan teorinya Florence mengingatkan perawat untuk memberikan perawatan pasien dan memperhatikan kesehatan lingkungan rumah. Ia memberikan tanggung jawab kepada perawat kesehatan di rumah dan perawat ibu dan anak untuk melaksanakan praktik keperawatan pada seluruh keluarga sebagai unit pelayanan kesehatan. Florence melakukan berbagai usaha untuk memotivasi perempuan supaya memberikan asuhan keperawatan yang baik di rumah mereka. Selain itu Florence juga membuat program pelatihan untuk perawat professional (Friedman et al., 2003).

2.3 Dorothea E.Orem: Model *Self Care*

Model konseptual Orem dikenal dengan model *self care* yang berfokus pada kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya (Muhlisin et al., 2010). Model ini menguraikan bahwa manusia memiliki kemampuan untuk merawat dirinya sendiri. Konsep utama dari model *self care* terdiri dari:

1. Teori perawatan diri

Teori perawatan diri menjelaskan mengapa dan bagaimana seseorang merawat dirinya sendiri. Orem menjelaskan perawatan diri sebagai perilaku yang diperlukan seseorang untuk mengatur dirinya dan lingkungan agar bisa mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan. Secara umum, perawatan diri dilakukan oleh orang dewasa, sedangkan orang yang sedang sakit, bayi, anak-anak, lansia dan orang yang cacat membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan perawatan diri (Aini, 2022). Dalam teorinya, Orem menjelaskan *self care agency* yaitu kemampuan atau kekuatan seseorang untuk menerapkan perawatan diri yang dipengaruhi oleh *basic conditioning factor* yaitu umur, jenis kelamin, kondisi perkembangan, status kesehatan, pola hidup, sistem pelayanan kesehatan, system keluarga, sosial budaya, ketersediaan sumber daya dan lingkungan (Alligood, 2017).

Orem juga menjelaskan *therapeutic self care demand* yaitu totalitas dari tindakan perawatan diri yang diinisiatif dan dibentuk agar terpenuhi kebutuhan perawatan diri dengan menggunakan cara yang valid yang berkaitan dengan tindakan yang akan dilaksanakan.

Konsep lain dari teori Orem yaitu *self care requisite* yang dibedakan menjadi 3 kategori yaitu kebutuhan perawatan diri universal yang meliputi; udara yang cukup, intake air dan makanan yang cukup, eliminasi, keseimbangan aktifitas dan istirahat, keseimbangan solitude dan interaksi sosial, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia. Berikutnya adalah kebutuhan perawatan diri developmental. Kebutuhan ini lebih spesifik dari kebutuhan perawatan diri universal dikaitkan dengan kondisi untuk meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan misalnya; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh.

Dan terakhir adalah Kebutuhan perubahan kesehatan (*Health Deviation*) yang merupakan kebutuhan yang berkaitan dengan penyimpangan status kesehatan, perubahan struktur normal dan kerusakan integritas akibat suatu penyakit, injury atau kecelakaan yang menyebabkan terganggunya pemenuhan perawatan diri. Kebutuhan ini meliputi mencari pengobatan yang tepat, mengetahui akibat patologi penyakit, memilih prosedur diagnostik dan terapi yang tepat, memahami efek ketidaknyamanan dari prosedur pengobatan, memodifikasi konsep diri untuk menerima status kesehatan dan belajar dengan keterbatasan sebagai akibat kondisi patologi penyakit.

2. Teori defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan klien untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri. Defisit perawatan diri terjadi apabila terdapat ketidakseimbangan antara kebutuhan perawatan diri dengan kemampuan klien melakukan perawatan diri. Bantuan keperawatan dibutuhkan apabila klien terbatas atau tidak mampu melaksanakan perawatan diri secara mandiri. Perawat dapat menggunakan beberapa cara untuk membantu pasien yaitu memberikan

tindakan keperawatan secara langsung, membimbing dan mengarahkan, memberikan dukungan fisik dan psikologis, menyediakan dan memelihara lingkungan yang meningkatkan kemandirian klien dan mengajarkan prosedur perawatan diri supaya mampu melaksanakan perawatan secara mandiri (Alligood, 2017).

3. Teori system keperawatan (*nursing system*)

Nursing system adalah tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan masalah defisit perawatan diri. Perawat mendesain *Nursing system* berdasarkan kebutuhan perawatan diri dan kemampuan pasien melakukan perawatan diri. Apabila terjadi defisit perawatan diri maka terdapat kesenjangan antara kemampuan individu melakukan perawatan diri (*self care agency*) dengan kebutuhan agar dapat berfungsi optimal (*self care demand*), sehingga dibutuhkan bantuan keperawatan (Aini, 2022).

Orem mengklasifikasikan 3 (tiga) *nursing system* untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri klien yaitu yang pertama *Wholly Compensatory System* merupakan bantuan keperawatan total dimana individu tidak dapat melakukan tindakan perawatan diri secara mandiri karena gangguan mobilisasi dan ambulasi atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Bantuan perawatan ini diberikan pada pasien yang tidak dapat melakukan tindakan perawatan diri seperti pada pasien koma, dapat melakukan gerakan namun ada pembatasan gerakan atau tidak dapat melakukan ambulasi seperti pada pasien fraktur dan tidak mampu memutuskan perawatan diri yang tepat seperti pada pasien yang mengalami retardasi mental.

Nursing system kedua adalah *Partly Compensatory System* merupakan bantuan keperawatan sebagian di mana perawat dan klien melakukan tindakan untuk pemenuhan perawatan diri. Perawat perlu mengukur kemampuan pasien melakukan perawatan diri, sehingga dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan pasien. Perawat dapat memberikan bantuan pada beberapa aktivitas yang tidak mampu dilakukan oleh pasien dalam memenuhi perawatan

diri, seperti pada pasien lansia dan pasien yang mengalami stroke. *Nursing system* ketiga adalah *Supportif Educative System*. Pada kondisi ini klien mampu dan dapat belajar untuk menerapkan perawatan diri yang dibutuhkan namun membutuhkan bantuan. Klien memerlukan bantuan dalam mengendalikan perilakunya dan memerlukan pengetahuan serta keterampilan perawatan diri. Perawat perlu meningkatkan *self care agency* klien, seperti mengajarkan pasien DM untuk menyuntik insulin secara mandiri.

Dalam penelitian awalnya, keluarga tidak dibahas dalam teori perawatan diri Orem, tetapi Orem menyatakan jika perawat harus bekerja sama dengan keluarga saat memberikan perawatan diri kepada anggota keluarga. Orem mendeskripsikan keluarga sebagai unit pengondisian dasar di mana keluarga menjadi tempat individu belajar budaya, peran dan tanggung jawab. Dalam teori Orem, awalnya keluarga dipandang sebagai ruang lingkup klien (individu) dan bukan sebagai penerima pelayanan kesehatan. Akan tetapi model tersebut diperluas hingga menjadikan keluarga sebagai sebuah unit perawatan. Pengalaman sosial dan kognitif yang dipelajari dari hubungan interpersonal, komunikasi dan budaya yang unik pada setiap keluarga dapat mengembangkan perilaku perawatan diri keluarga. Anggota keluarga, baik secara individu maupun kelompok dapat melaksanakan perawatan diri yang mencakup sikap tentang kesehatan dan kemampuan dalam menerapkan perilaku perawatan diri. Perawatan diri menjadi salah satu upaya yang digunakan untuk membantu perkembangan promosi kesehatan dalam keluarga (Friedman et al., 2003).

2.4 Betty Neuman: Model System

Model System berfokus pada kesehatan system klien dalam kaitannya dengan stressor lingkungan dan reaksi terhadap stress. Dalam model ini menggambarkan klien sebagai suatu system terbuka, yang terlibat dalam pertukaran timbal balik dengan lingkungannya. Sistem terbuka ini bisa merupakan individu,

keluarga, kelompok dan komunitas. Konsep utama dalam model ini terdiri dari:

1. Struktur Dasar

Klien sebagai suatu system yang terdiri dari struktur inti yang dikelilingi oleh lingkaran konsentris. Lingkaran terdalam merupakan mekanisme pertahanan dasar atau sumber energi yang dimiliki klien. Struktur tersebut terdiri dari faktor pertahanan dasar umum untuk semua manusia seperti faktor keturunan atau genetik, pengaturan suhu tubuh, struktur ego, dan kekuatan organ (Alligood, 2017).

2. Sistem Klien

Neuman memandang klien sebagai suatu system yang dipengaruhi oleh lima variabel yaitu variabel fisiologis (struktur dan fungsi tubuh), variabel psikologis (proses mental dalam interaksi dengan lingkungan), variabel sosio-kultural (pengaruh kondisi sosial dan budaya), variabel spiritual (keyakinan dan pengaruh spiritual), serta variabel perkembangan (proses dan aktivitas terkait usia) (Alligood, 2017)

3. Stressor

Stressor adalah setiap stimulus dari lingkungan yang dapat mengganggu stabilitas sistem klien. Dalam model ini, Neuman mendeskripsikan apabila stressor mengenai garis pertahanan normal maka system menjadi tidak stabil sehingga diperlukan intervensi keperawatan (Aini, 2022). Neuman membagi stressor menjadi 3 yaitu *stressor intrapersonal* merupakan stimulus yang terjadi dalam diri seseorang seperti respons tubuh terhadap suatu kondisi tertentu, motivasi dan emosi. *Stressor interpersonal* merupakan stimulus yang berasal dari hubungan antar individu, misalnya peran yang diharapkan dari diri seseorang. *Stressor ekstrapersonal* adalah stimulus yang datang dari luar individu, misalnya kondisi keuangan, tidak memiliki pekerjaan (Alligood, 2017).

4. Garis Pertahanan dan Perlawanan

Dalam model system Neuman, klien sebagai struktur dasar dikelilingi oleh 3 lingkaran konsentris yaitu lingkaran

terluar dengan garis putus-putus dinamakan garis pertahanan fleksibel (*flexible line of defense*) yang bertugas memberikan respons awal atau memberikan perlindungan dan mencegah stressor masuk ke garis pertahanan. Garis ini dapat menjauhi atau mendekati garis pertahanan normal. Lingkaran kedua yang merupakan lingkaran dengan garis tegas dinamakan garis pertahanan normal (*the normal line of defense*). Lingkaran ini menggambarkan tingkatan adaptasi kesehatan individu yang dapat berubah dan dijadikan sebagai standar pengukuran dari penyimpangan kesehatan. Lingkaran terdalam dengan garis putus-putus mengelilingi struktur dasar adalah garis perlawanan (*line of resistance*). Garis ini berperan sebagai faktor pelindung yang diaktivasi oleh stressor yang memasuki garis pertahanan normal.

5. Intervensi

Perawat membantu klien (individu, keluarga, kelompok, atau komunitas) untuk mengatasi stressor intrapersonal, interpersonal dan ekstrapersonal yang dapat merusak pertahanan diri klien dan menyebabkan penyakit. Keperawatan berperan dalam menstabilkan klien atau situasi dan berfokus pada kesejahteraan klien dan pencegahan penyakit (Perry & Hall, 2020).

Neuman mengklasifikasikan intervensi menjadi 3 level pencegahan. Pencegahan pertama yang dilakukan ketika stressor sudah terdeteksi, reaksi belum terjadi namun tingkat risiko sudah bisa diidentifikasi dinamakan pencegahan primer. Pencegahan ini memfokuskan pada penguatan garis pertahanan fleksibel dengan melakukan upaya pencegahan stress dan mengurangi faktor risiko. Intervensi pencegahan primer meliputi imunisasi, edukasi kesehatan, melakukan aktifitas fisik atau olah raga, mengelola stress dan memodifikasi gaya hidup.

Pencegahan sekunder atau pencegahan tahap kedua mencakup intervensi yang diberikan setelah munculnya gejala dari stressor. Pencegahan ini memfokuskan pada penguatan garis perlawanan, dan mengurangi reaksi

sehingga memberikan perlindungan pada struktur dasar melalui tindakan yang tepat diberikan sesuai dengan gejala yang muncul. Intervensi pencegahan sekunder meliputi skrinning kesehatan atau deteksi dini penyakit dan penanganan gejala.

Pencegahan ketiga dikenal dengan pencegahan tersier dilakukan setelah tindakan aktif atau pencegahan sekunder, bertujuan untuk keadaan optimal dapat dipertahankan dengan mencegah reaksi atau kekambuhan berulang. Tindakan pencegahan ini mendorong klien untuk melakukan kembali pencegahan primer. Intervensi pencegahannya mencakup adaptasi ulang, edukasi untuk mencegah kekambuhan dan memelihara stabilitas.

6. Rekonstitusi

Setelah pemberian tindakan untuk mengatasi reaksi terhadap stressor maka akan terjadi rekonstitusi. Hal ini menunjukkan system menjadi stabil kembali, dan tingkat kesejahteraan atau kesehatan bisa berada pada kondisi lebih tinggi atau lebih rendah dari sebelum stressor masuk ke dalam system.

Neuman membahas keluarga sebagai klien sejak awal mengembangkan model. Keluarga yang dijelaskan oleh Neuman sebagai suatu kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang menciptakan dan mempertahankan suatu budaya. Menurut Neuman, keluarga merupakan sebuah system yang terdiri anggota keluarga yang menjadi subsistem. Fokus teori Neuman terutama pada bagaimana hubungan antar individu dalam keluarga. Apabila sistem keluarga terpapar stressor maka akan memengaruhi stabilitas keluarga dan mengancam status kesejahteraan dan kesehatan keluarga. (Friedman et al., 2003).

2.5 Sister Callista Roy: Model Adaptasi

Sister Callista Roy mengembangkan teori yang dikenal dengan Model Adaptasi Roy. Model ini menjelaskan cara individu untuk meningkatkan Kesehatan dengan

mengoptimalkan perilaku adaptif dan mengubah perilaku yang maladaptive (Wahyuni et al., 2021.)

Konsep yang dibahas dalam model adaptasi Roy adalah sebagai berikut:

1. Input

Input merupakan suatu informasi atau energi, berasal dari lingkungan atau dari dalam diri manusia yang menuntut adanya respons. Adaptasi manusia dipengaruhi oleh jenis stimulus dan tingkat adaptasi. Setiap manusia memiliki tingkat adaptasi yang berbeda-beda tergantung dari stimulus yang diterima dan mekanisme koping individu (Aini, 2022). Dalam model ini, stimulus dikategorikan menjadi 3 yaitu: stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stimulus fokal merupakan stimulus yang berasal dari internal atau eksternal bagi sistem manusia yang muncul secara tiba-tiba. Stimulus kontekstual adalah stimulus lainnya yang muncul pada suatu situasi yang menjadi dampak dari stimulus fokal. Sedangkan stimulus residual adalah faktor lingkungan dari dalam atau dari luar sistem manusia yang berdampak tidak jelas pada suatu situasi (Alligood, 2017).

2. Proses Koping

Proses koping merupakan berbagai cara, baik yang bersifat intrinsik atau didapat dari luar, untuk berinteraksi dengan lingkungan yang berubah. Koping intrinsik didapat secara genetika dan merupakan proses otomatis dimana manusia tidak harus berpikir menggunakan cara tersebut. Sedangkan koping yang didapat dikembangkan melalui strategi belajar (Alligood, 2017). Manusia bereaksi terhadap stress dengan dua proses kontrol internal yaitu subsistem regulator yang merupakan proses koping utama melibatkan sistem saraf, kimiawi dan hormonal, sedangkan subsistem kognitor melibatkan empat saluran; kognitif-emosi, proses persepsi dan informasi, belajar, menilai dan emosi.

3. Mode Adaptasi (Perilaku Koping)

Merupakan proses internal yang terjadi pada individu sebagai sistem adaptasi. Mode adaptasi dapat dilihat pada perubahan fungsi fisiologis-fisik, identitas konsep diri-

kelompok, fungsi peran, dan interdependensi sebagai system adaptif. Mode fisiologis berkaitan dengan proses fisik dan kimia yang berperan dalam fungsi dan aktivitas manusia. Kebutuhan dasar manusia yang berhubungan dengan integritas fisiologis yaitu oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, serta perlindungan.

Mode identitas konsep diri-kelompok merupakan salah satu mode psikososial yang menekankan pada aspek psikologis dan spiritual system manusia. Kumpulan kepercayaan dan perasaan tentang diri sendiri yang terbentuk dari persepsi internal dan reaksi dari orang lain merupakan pengertian dari konsep diri. Konsep diri terdiri dari komponen gambaran diri atau citra tubuh, identitas diri, ideal diri, moral-etik-spiritual.

Mode fungsi peran merupakan model sosial yang berfokus pada peran seseorang di masyarakat. Peran merupakan seperangkat perilaku yang diharapkan seseorang sesuai posisi tertentu. Kebutuhan dasar yang melandasi mode fungsi ini adalah integritas sosial yaitu kebutuhan untuk mengetahui bahwa seseorang memiliki hubungan dengan orang lain sehingga orang tersebut bertindak berdasarkan hubungan tersebut (Alligood, 2017).

Mode interdependensi berfokus pada hubungan yang erat dari individu, struktur dan perkembangan mereka. Hubungan interdependensi ini melibatkan keinginan dan kemampuan untuk saling memberi dan menerima dari aspek rasa cinta, hormat, merawat, pengetahuan, keterampilan dan komitmen (Alligood, 2017).

4. Output

Adalah bentuk perilaku dari penerimaan stimulus yang merupakan hasil dari proses adaptasi. Output ini dapat berupa respons adaptif yang akan meningkatkan integritas dalam mencapai tujuan dan respons inefektif yaitu respons yang tidak dapat meningkatkan integritas (Alligood, 2017).

Dalam teori awal, Roy memandang keluarga sebagai ruang lingkup individu. Namun Roy mengubah pandangannya

dari keluarga sebagai konteks menjadi suatu system adaptif seperti pada individu yang memiliki input, kendali internal, proses feedback dan output. Roy menjelaskan fokus praktik keperawatan meliputi keluarga, individu, kelompok, organisasi sosial, dan komunitas (Friedman et al., 2003).

2.6 Imogene M. King: Teori Pencapaian Tujuan

Teori Pencapaian Tujuan Imogene M. King pertama kali diperkenalkan pada tahun 1960-an. Model ini berfokus pada pencapaian tujuan hidup tertentu, yang menjelaskan bahwa perawat dan pasien secara bersama-sama mengkomunikasikan informasi, menetapkan tujuan bersama, dan melakukan tindakan untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam proses pencapaian tujuan dapat dipengaruhi oleh peran, stres, ruang, dan waktu. Di sisi lain, tujuan perawat adalah membantu pasien menjaga kesehatan sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran masing-masing. Fungsi perawat yaitu menafsirkan informasi, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan.

Dalam teori King, terdapat tiga sistem yang saling berinteraksi dalam teori pencapaian tujuan yaitu:

1. Sistem personal

Setiap individu merupakan sistem pribadi. King menggambarkan sistem pribadi sebagai seorang pasien atau perawat. Guna memahami manusia sebagai sistem pribadi, King menguraikan konsep tentang persepsi, diri, pertumbuhan dan perkembangan, citra tubuh, serta ruang, dan waktu. **Diri** adalah kombinasi pikiran dan perasaan yang menghasilkan kesadaran seseorang akan keberadaan dirinya, konsepsinya tentang siapa dan apa dirinya yang meliputi: sistem ide, sikap, nilai, dan komitmen. Diri adalah lingkungan subjektif total seseorang. Pertumbuhan dan perkembangan dapat diartikan sebagai proses dalam kehidupan masyarakat yang melaluinya mereka berpindah dari potensi pencapaian menuju aktualisasi diri. King mendefinisikan citra tubuh sebagai pandangan seseorang terhadap tubuhnya dan reaksi orang lain terhadap

penampilmannya. Ruang mencakup ruang yang didiami orang dan ditentukan oleh wilayah fisik yang dikenal sebagai “wilayah” dan oleh perilaku orang-orang yang menempatnya. Sedangkan Waktu adalah durasi antara satu peristiwa dengan peristiwa lainnya yang dialami secara unik oleh setiap manusia (Aini, 2022).

2. Sistem interpersonal

Sistem ini terjalin ketika dua atau lebih individu yang berinteraksi membentuk diad (2 orang) atau triad (3 orang), dan empat atau lebih membentuk kelompok kecil atau besar. Sebagai contoh diad system interpersonal terjadi anantara perawat dan pasien, sedang keluarga membentuk system interpersonal kelompok kecil. Ketika jumlah individu yang berinteraksi meningkat, kompleksitas interaksi pun meningkat. Guna memahami sistem interpersonal maka membutuhkan konsep komunikasi, interaksi, peran, stress, dan transaksi (Alligood, 2017).

Interaksi didefinisikan sebagai perilaku yang dapat diamati dari dua individu atau lebih yang saling berinteraksi yang diekspresikan secara verbal dan nonverbal yang berorientasi pada tujuan. Komunikasi yang dijelaskan dalam teori King sebagai suatu proses pertukaran informasi yang diberikan dari pemberi pesan kepada penerima pesan yang dilakukan baik secara langsung secara tatap muka atau tidak langsung melalui telepon, televisi, atau kata-kata tertulis. King mendefinisikan transaksi sebagai suatu proses interaksi untuk mencapai suatu tujuan melalui komunikasi dengan lingkungan. Peran adalah perilaku yang diharapkan dari seseorang dalam posisi tertentu. Seseorang dapat memiliki beberapa peran yang berbeda. Stres adalah keadaan dinamis di mana manusia berinteraksi dengan lingkungan untuk menjaga keseimbangan pertumbuhan, perkembangan, dan kinerja, yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara orang tersebut dan lingkungan untuk pengaturan dan pengendalian pemicu stress (Aini, 2022).

3. Sistem sosial

Sebuah system interaksi yang lebih komprehensif dari kelompok-kelompok yang membentuk masyarakat disebut sistem sosial. Contoh sistem sosial adalah system agama, pendidikan dan perawatan kesehatan. Dalam sistem sosial komponen yang harus dipahami adalah konsep organisasi, otoritas, kekuasaan, status, dan pengambilan keputusan (Alligood, 2017).

Kekuasaan adalah kapasitas untuk menggunakan sumber daya dalam organisasi untuk mencapai tujuan. Kekuasaan adalah kekuatan sosial yang mengatur dan memelihara masyarakat. Kekuasaan adalah kemampuan untuk menggunakan dan memobilisasi sumber daya untuk mencapai tujuan. Status adalah posisi seseorang dalam suatu kelompok atau kelompok terhadap kelompok lain dalam suatu organisasi. Pengambilan keputusan adalah suatu proses yang dinamis dan sistematis dalam menentukan alternatif penyelesaian masalah guna mencapai tujuan dan ditindaklanjuti oleh individu atau kelompok.

King menggunakan pendekatan keluarga sebagai ruang lingkup pada awal pengembangan teori. Namun kemudian King memperluas konsep mengenai klien individu dengan memasukkan konsep keluarga. King mendefinisikan keluarga sebagai kelompok kecil individu yang terikat bersama untuk mensosialisasikan anggotanya dan untuk meneruskan nilai dan norma perilaku di sepanjang rentang kehidupan. Keluarga dalam teori King digambarkan sebagai sistem interpersonal dan sistem sosial. Model King telah digunakan untuk memandu praktik keperawatan yang berfokus pada asuhan keluarga (Friedman et al., 2003).

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N. (2022). *Teori Model Keperawatan*. Malang: Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang.
- Alligood, M. R. (2017a). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (A. Y. Hamid & K. Ibrahim, Eds.; 8th ed., Vol. 1). Singapore: Elsevier.
- Alligood, M. R. (2017b). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (A. Y. Hamid & K. Ibrahim, Eds.; 8th ed., Vol. 2). Singapore: Elsevier.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Muhlisin, A., & Irdawati. (2010). Teori self care dari orem dan pendekatan dalam praktek keperawatan. *Berita Ilmu Keperawatan* ISSN 1979-2697, Vol. 2. No. 2. Juni 2010, 97-100
- Perry, P. I., & Hall, S. I. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan* (E. Novieastari, K. Ibrahim, Deswani, & S. Ramdaniati, Eds.; 9th ed., Vol. 1). Elsevier.
- Tri Wahyuni, N., Kep, S., Kep, M., Parliani, N., & Dwiva Hayati, M. (n.d.). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Sukabumi: CV Jejak. www.jejakpublisher.com

BAB 3

KELUARGA SEJAHTERA

Oleh Alif Nurul Rosyidah

3.1 Pendahuluan

Keluarga merupakan kelompok terkecil dalam masyarakat yang berperan penting dalam perkembangan kepribadian, nilai-nilai, dan kesejahteraan individu. Keluarga sejahtera adalah konsep di mana setiap anggota keluarga dapat mencapai kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara optimal. Membangun keluarga yang sejahtera memerlukan upaya bersama dari setiap anggota keluarga, dan masyarakat untuk bekerja sama menciptakan lingkungan yang mendukung perkembangan keluarga (Soetjiningsih, 2012).

Dalam upaya mencapai keluarga sejahtera, penting untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi kesejahteraan keluarga, seperti pendidikan, ekonomi, kesehatan, dan hubungan interpersonal. Selain itu, membangun komunikasi yang baik, menghormati perbedaan, dan menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung juga merupakan faktor kunci dalam mencapai tujuan keluarga sejahtera.

3.2 Pengertian Keluarga Sejahtera

Keluarga merupakan kelompok terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari bapak, ibu beserta anak (KBBI, 2024). Sedangkan sejahtera ialah keadaan damai sentosa dan makmur; selamat (bebas dari campur tangan apapun).

Keluarga sejahtera adalah suatu keluarga yang memperoleh kesejahteraan dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk aspek ekonomi, kesehatan, pendidikan, dan hubungan interpersonal. Keluarga sejahtera mampu memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarga, memiliki hubungan yang harmonis, serta mampu mengatasi berbagai tantangan dan stress kehidupan (BKKBN, 2017).

Keluarga Sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antar anggota dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009).

3.3 Tujuan Keluarga Sejahtera

Keluarga sejahtera memiliki tujuan, sebagai berikut:

1. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang permasalahan yang dihadapi keluarga
2. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menganalisis kemungkinan dan peluang yang dimiliki
3. Mempersiapkan keluarga dalam memecahkan masalah secara mandiri
4. Meningkatkan kerja sama dan solidaritas sosial dalam membantu meningkatkan kesejahteraan keluarga khususnya keluarga prasejahtera (Astuti, dkk, 2017).

3.4 Klasifikasi Keluarga Sejahtera

Klasifikasi keluarga sejahtera menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dalam (Husnaniyah, D., dkk, 2022) yaitu:

3.4.1 Keluarga Prasejahtera

Keluarga pra Sejahtera merupakan keluarga yang belum bisa memenuhi kebutuhan dasar yang paling minimalis, seperti pangan, sandang papan bahkan Kesehatan.

3.4.2 Keluarga Sejahtera

1. **Keluarga Sejahtera Tahap I** yaitu, keluarga dapat memenuhi kebutuhan dasar yang paling minimalis namun belum dapat mencukupi keseleruhan kebutuhan psikologis dan sosial seperti: pendidikan, transportasi, dll
2. **Keluarga Sejahtera Tahap II**, yaitu keluarga dapat memenuhi kebutuhan dasar yang paling minimalis,

- psikologis dan sosial namun belum dapat mencukupi keseleruhan kebutuhan pengembangan seperti: kebutuhan memperoleh informasi
3. **Keluarga Sejahtera Tahap III**, yaitu keluarga dapat memenuhi kebutuhan dasar yang paling minimalis, psikologis, sosial, pengembangan namun belum dapat mencukupi memberikan kontribusi seperti: berperan aktif dikegiatan kemasyarakatan
 4. **Keluarga Sejahtera Tahap III Plus**, yaitu keluarga dapat memenuhi kebutuhan dasar yang paling minimalis, psikologis, sosial, pengembangan dan memiliki kontribusi seperti berperan aktif dikegiatan kemasyarakatan

3.5 Indikator Keluarga Sejahtera

BKKBN dalam (Astuti, dkk, 2017) menyebutkan indikator keluarga sejahtera (IKS), yaitu:

3.5.1 Keluarga Prasejahtera

Keluarga Pra Sejahtera merupakan keluarga yang tidak dapat memenuhi salah satu dari enam iks atau *basic needs*.

1. Melakukan ibadah menurut agama oleh masing-masing anggota keluarga.
2. Setiap anggota keluarga makan sedikitnya dua kali sehari.
3. Setiap anggota keluarga memakai pakaian yang berbeda-beda pada saat aktivitas (seperti saat di rumah, bekerja, sekolah dan bepergian).
4. Bagian yang terluas dari lantai rumah bukan dari tanah.
5. Apabila anak sakit ke sarana kesehatan atau pasangan usia subur yang akan melakukan KB dibawa ke fasilitas kesehatan.

3.5.2 Keluarga Sejahtera Tahap I

Keluarga Sejahtera I merupakan keluarga yang dapat memenuhi enam IKS tahap I, namun belum memenuhi salah satu dari delapan IKS tahap II atau *psychological needs* pada keluarga.

1. Setiap anggota keluarga biasanya makan sedikitnya dua kali sehari.

2. Setiap anggota keluarga memakai pakaian yang berbeda-beda pada saat di rumah, bekerja/sekolah dan bepergian.
3. Rumah tempat tinggal keluarga memiliki atap, lantai dan dinding yang baik.
4. Apabila anak sakit ke sarana kesehatan.
5. Apabila ada pasangan usia subur yang akan melakukan pemasangan alat kontrasepsi dibawa ke fasilitas kesehatan.
6. Setiap anggota keluarga yang berusia 7-15 tahun dalam keluarga bersekolah.

3.5.3 Keluarga Sejahtera Tahap II

Keluarga Sejahtera II yaitu keluarga yang dapat memenuhi 6 enam IKS tahap I dan delapan IKS tahap II, namun belum memenuhi salah satu dari lima IKS tahap III atau *developmental needs* pada keluarga.

1. Setiap anggota keluarga melakukan ibadah menurut agama masing anggota keluarga.
2. Setiap anggota keluarga minimal seminggu sekali makan daging atau ikan atau telur.
3. Setiap anggota keluarga memiliki setidaknya satu pasang pakaian baru dalam setahun.
4. Luas lantai pada tempat tinggal dalam rumah paling seikur 8 meter persegi untuk setiap anggota rumah.
5. Dalam tiga bulan terakhir anggota keluarga dalam keadaan sehat dan mampu menjalankan tugas atau peran masing-masing.
6. Ada seorang atau lebih anggota keluarga yang mencari nafkah untuk memperoleh pendapatan.
7. Setiap anggota keluarga yang berusia 10 - 60 tahun dapat membaca tulisan.
8. Pasangan usia subur yang memiliki anak dua atau lebih memakai KB atau alat kontrasepsi.

3.5.4 Keluarga Sejahtera Tahap III

Keluarga Sejahtera III yaitu keluarga yang dapat memenuhi enam IKS tahap I, delapan IKS tahap II, dan lima IKS tahap III, namun

belum memenuhi salah satu dari dua IKS tahap III Plus atau *self esteem* pada keluarga.

1. Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama.
2. Sebagian penghasilan anggota keluarga ditabung, baik dalam bentuk uang maupun barang.
3. Kebiasaan keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dan juga dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi.
4. Keluarga turut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal.
5. Keluarga mendapatkan informasi dari surat kabar atau majalah atau radio atau tv atau internet.

3.5.5 Keluarga Sejahtera Tahap III Plus

Keluarga Sejahtera III Plus yaitu keluarga yang dapat memenuhi keseluruhan dari enam IKS tahap I, delapan IKS tahap II, 5 lima IKS tahap III, serta dua IKS tahap III Plus.

1. Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial.
2. Ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus atau perkumpulan social atau Yayasan atau institusi masyarakat.

3.6 Faktor yang Mempengaruhi Keluarga Sejahtera

Faktor internal dan eksternal memainkan peran penting dalam mempengaruhi kesejahteraan dalam keluarga. BKKBN mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi kesejahteraan dalam keluarga, diantaranya:

3.6.1 Faktor Internal

Faktor internal melibatkan dinamika, keputusan, dan interaksi yang terjadi di dalam keluarga. Hal ini mencakup tempat tinggal, jumlah anggota keluarga, status sosial keluarga dan status ekonomi keluarga.

3.6.2 Faktor Eksternal

Faktor eksternal melibatkan pengaruh dari lingkungan sosial, ekonomi, dan budaya di sekitar keluarga. Kesejahteraan

keluarga harus dijaga dan bisa berkembang. Guncangan dan ketegangan psikologis antar anggota keluarga harus dihindari karena dapat mempengaruhi kedamaian serta kenyamanan hidup dan kesejahteraan dalam keluarga (Astuti, dkk, 2017).

3.7 Pengukuran Keluarga Sejahtera

BKKBN memiliki kerangka kerja untuk mengukur kesejahteraan keluarga yang dikenal sebagai Indeks Keluarga Sejahtera (IKS). IKS digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi dan memantau tingkat kesejahteraan keluarga di Indonesia. Berikut adalah komponen-komponen yang digunakan dalam pengukuran keluarga sejahtera menurut (BKKBN, 2017):

1. **Ekonomi:** Termasuk pendapatan keluarga, akses terhadap pekerjaan, aset ekonomi, dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar meliputi sandang, papan, pangan dan pendidikan.
2. **Kesehatan:** Meliputi akses terhadap layanan kesehatan, status kesehatan keluarga, akses terhadap air bersih dan sanitasi, serta praktik kesehatan keluarga.
3. **Pendidikan:** Termasuk tingkat pendidikan anggota keluarga, akses terhadap pendidikan, dan partisipasi dalam kegiatan pendidikan formal maupun informal.
4. **Pola Asuh dan Perkembangan Anak:** Meliputi praktik pengasuhan yang baik, lingkungan yang mendukung perkembangan anak, dan akses terhadap layanan kesehatan anak.
5. **Hubungan Keluarga dan Sosial:** Termasuk keharmonisan hubungan dalam keluarga, dukungan sosial, dan keterlibatan dalam kegiatan sosial dan komunitas.
6. **Ketahanan dan Keamanan Keluarga:** Meliputi keamanan fisik, keberlangsungan hidup keluarga, akses terhadap perlindungan sosial, dan kesiapan dalam menghadapi bencana.

IKS BKKBN menjadi pedoman bagi pemerintah dalam merancang kebijakan serta program yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dalam keluarga di Indonesia. Data

yang diperoleh dari pengukuran IKS juga digunakan untuk menilai dampak program-program pembangunan dan intervensi yang dilakukan oleh pemerintah serta lembaga swadaya masyarakat terkait kesejahteraan keluarga.

3.8 Pendekatan dalam Pengukuran Keluarga Sejahtera

Pengukuran keluarga sejahtera memang memerlukan beberapa pendekatan yang holistik dan multidimensional untuk dapat mencerminkan kondisi kesejahteraan keluarga secara menyeluruh. Berikut adalah beberapa pendekatan umum yang digunakan dalam pengukuran keluarga sejahtera:

- 1. Pendekatan Objektif**, pendekatan ini menggunakan data dan indikator yang terukur secara langsung, seperti pendapatan keluarga, tingkat pendidikan, status pekerjaan, kondisi kesehatan, dan aset fisik yang dimiliki oleh keluarga (Suryani, E., 2015).

Pendekatan obyektif berasal dari data kuantitatif yang diperoleh dari angka yang dapat dihitung langsung dari aspek yang diteliti. Seperti mengukur kesejahteraan dalam keluarga berdasarkan standar BKKBN. BKKBN telah merumuskan konsep kelas kaya dan membaginya menjadi beberapa tahapan: keluarga pra Sejahtera serta keluarga Sejahtera (Puspitawati, H., 2015).

- 2. Pendekatan Subjektif**, pendekatan ini menggali persepsi dan evaluasi subjektif anggota keluarga mengenai kesejahteraan keluarga sendiri, termasuk tingkat kebahagiaan, kepuasan hidup, kualitas hubungan dalam keluarga, dan perasaan aman.

Pendekatan subyektif didasarkan pada persepsi masyarakat terhadap aspek kesejahteraan, sehingga terjadilah pembangunan kesejahteraan. Pendekatan indikator objektif secara filosofis erat kaitannya dengan psikologi sosial masyarakat. Setiap penduduk mempunyai cara berpikirnya masing-masing mengenai makna kesejahteraan, yang mungkin berbeda dengan pendekatan objektifnya. Pendekatan subjektif membantu untuk memahami secara

mendalam permasalahan kesejahteraan keluarga. Model kesejahteraan subjektif dinilai lebih sensitif dalam mengukur kesejahteraan rumah tangga. Dengan pendekatan subjektif, kebahagiaan diukur dari tingkat kebahagiaan dan kepuasan yang dirasakan oleh masyarakat itu sendiri, bukan oleh orang lain. Pendekatan subjektif mendefinisikan kesejahteraan berdasarkan pemahaman dan interpretasi masyarakat terhadap standar hidup keluarga (Rohimah, E., 2009) dalam (Astuti, dkk, 2017)

Pendekatan-pendekatan di atas dapat memberikan wawasan yang komprehensif tentang kesejahteraan keluarga, baik dari sudut pandang faktor-faktor yang dapat diukur secara langsung maupun dari sudut pandang evaluasi dan persepsi subjektif anggota keluarga. Kombinasi keduanya dapat memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang kondisi dan dinamika keluarga dalam mencapai tingkat kesejahteraan yang optimal.

3.9 Peran Perawat dalam Keluarga Sejahtera

Perawat memiliki peran penting dalam mendukung kesejahteraan dalam keluarga. Selain memberikan asuhan kesehatan kepada individu, tetapi juga terlibat dalam mendukung keluarga secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa peran perawat dalam mendukung keluarga Sejahtera (Wright, L. M., & Leahey, M., 2013):

- 1. Pendidikan Kesehatan Keluarga:** Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang praktik kesehatan yang baik, seperti pola makan sehat, kegiatan fisik, pengelolaan stres, serta pencegahan penyakit. Selain itu dapat memberikan informasi tentang tanda dan gejala penyakit serta langkah-langkah untuk merawat anggota keluarga yang sakit.
- 2. Pengembangan Rencana Perawatan Keluarga:** Perawat dapat membantu keluarga dalam merencanakan dan mengimplementasikan strategi perawatan untuk anggota keluarga yang membutuhkan perawatan khusus, seperti individu dengan kondisi kronis atau cacat. Ini melibatkan

- kolaborasi dengan keluarga untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan, menyusun rencana perawatan yang sesuai, dan memberikan dukungan dalam menjalankannya.
3. **Dukungan Psikososial:** Dukungan psikososial dapat diberikan perawat pada anggota keluarga yang mengalami stres, kecemasan, atau depresi. Perawat dapat menyediakan pendengar yang empati, memberikan informasi dan saran, serta merujuk keluarga ke sumber daya dukungan tambahan jika diperlukan.
 4. **Pemantauan Kesehatan Keluarga:** Perawat dapat melakukan pemantauan kesehatan keluarga secara menyeluruh, termasuk pemeriksaan kesehatan rutin, pemantauan perkembangan anak-anak, serta identifikasi faktor risiko kesehatan yang mungkin mempengaruhi kesejahteraan keluarga.
 5. **Advokasi Kesehatan:** Perawat dapat menjadi advokat untuk kepentingan kesehatan keluarga, baik di tingkat individu maupun di tingkat komunitas. Perawat dapat membantu keluarga dalam memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, memperjuangkan hak-hak pasien, serta mendorong perubahan kebijakan yang mendukung kesejahteraan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, dkk. (2017). Pemetaan Tingkat Kesejahteraan Keluarga. *JPG (Jurnal Pendidikan Geografi)*, 20-34. Retrieved Maret 2024, from <http://ppjp.unlam.ac.id/journal/index.php/jpg>
- BKKBN. (2017). *Modul Pelatihan Petugas Pengumpul Data Keluarga Sejahtera*. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Husnaniyah, D., dkk. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Deepublish.
- KBBI. (2024, Maret). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Retrieved from Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa Kemendikbud: <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/keluarga>
- Kesuma, S.I, dkk. (2023). *Keperawatan Keluarga*. Indramayu: CV. Adanu Abimata. Retrieved from https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN_KELUARGA/DVa6EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=keperawatan+keluarga&pg=PR5&printsec=frontcover
- Puspitawati, H. (2015). *Kajian Akademik Pengertian Kesejahteraan dan Ketahanan Keluarga*. Bogor: Departemen Ilmu Keluarga dan Konsumen Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor.
- Rohimah, E. (2009). *Kajian Kesejahteraan Keluarga: Keragaan Pemenuhan Kebutuhan Pangan dan Perumahan pada Keluarga Nelayan di Daerah Rawan Bencana*. Bogor: Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor.
- Soetjiningsih. (2012). *Ilmu Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suryani, E. (2015). *Kesejahteraan Keluarga*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009. (n.d.). Jakarta: Sekretariat Republik Indonesia.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. F.A. Davis.

BAB 4

TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Margiyati

4.1 Pendahuluan

Trend merupakan sesuatu yang actual dan sedang diperbincangkan, sedangkan issue merupakan peristiwa yang diperkirakan terjadi ataupun tidak terjadi di masa yang akan datang. Trend dan issue keperawatan keluarga sendiri dapat didefinisikan sebagai sesuatu yang actual dan diperbincangkan dalam ruang lingkup keperawatan keluarga. Trend dan issue keperawatan keluarga ini terjadi di lingkup global dan nasional. Perkembangan keperawatan di Indonesia sejak 1983 yang dirintis oleh Universitas Indonesia hingga saat ini tergolong pesat, terbukti dengan banyaknya perguruan tinggi yang memiliki jurusan keperawatan di dalamnya. Perkembangan ini tidak lepas dari dukungan kebijakan tentang program perawatan kesehatan masyarakat melalui puskesmas di mana sasarannya adalah keluarga. Perkembangan jumlah keluarga yang terus meningkat serta banyaknya keluarga yang rawan dengan masalah kesehatan menjadi tantangan tersendiri profesi keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan secara profesional di lingkup keluarga (Suprajinto, 2018).

4.2 Trend dan Issue Global

Global Village atau dikenal dengan dunia yang tanpa batas menjadikan pertukaran ilmu pengetahuan dan teknologi menyebar dengan cepat dan semakin meluas. Hal ini mempengaruhi sikap dan pola perilaku keluarga termasuk dalam menjalankan fungsi keluarga khususnya pada fungsi perawatan kesehatan keluarga. Kemajuan teknologi di bidang transportasi juga mempengaruhi mobilitas penduduk yang tinggi, sehingga akan berdampak pada

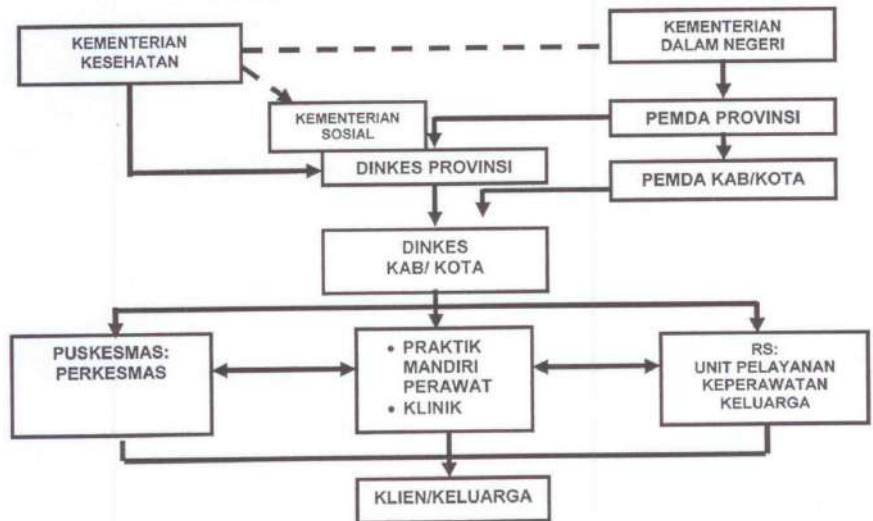
proses interaksi keluarga. Perkembangan di era global ini menjadikan keperawatan di Indonesia harus menyesuaikan dengan perkembangan keperawatan di negara yang telah berkembang lebih dulu (Leny, 2010).

4.3 Trend dan Issue Nasional

Pertambahan jumlah penduduk yang pesat seiring bertambahnya UHH (Usia Harapan Hidup) masyarakat di Indonesia menjadikan jumlah lansia meningkat. Perubahan pola hidup serba instan menjadikan pergeseran pola penyakit dari infeksi ke penyakit degeneratif, sehingga membutuhkan perawatan jangka panjang. Letak demografi Indonesia yang terdiri dari pulau-pulau menjadikan tidak semua keluarga bisa mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Masalah-masalah tersebut perlu diatasi oleh tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan baik di tingkat individu dan keluarga, namun beberapa faktor menghambat pemberian pelayanan keperawatan keluarga yang profesional (Leny, 2010).

4.3.1 Pelayanan

Minat perawat di Indonesia yang berkecimpung di pelayanan kesehatan keluarga termasuk rendah karena sistem yang belum berkembang. Kementerian Kesehatan RI telah menyusun Pedoman Pelayanan Keperawatan Keluarga dan Model Pelayanan Keperawatan Keluarga di Rumah dalam KMK 908 tahun 2010, namun pedoman ini masih perlu disosialisasikan dan didukung dengan *support system* yang lainnya. Banyak perawat yang belum dapat melaksanakan pelayanan di ranah keluarga karena keterbatasan jumlah SDM di puskesmas, meskipun secara tertulis, tugas dan garis koordinasi perawat telah jelas diatur sesuai gambar berikut (Kemenkes, 2010).



Gambar 4.1. Tata Hubungan Kerja Pelayanan Keperawatan Keluarga Dengan Unit Terkait

Penghargaan atau *reward* yang diberikan kepada perawat di puskesmas juga dinilai masih kurang. Hal ini akan mempengaruhi minat perawat untuk bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Hasil yang didapatkan dari penelitian Oyoh dkk tahun 2017, didapatkan bahwa kualitas kehidupan kerja perawat masih rendah, kecuali pada aspek *support service*, sedangkan untuk uji korelasi didapatkan bahwa pendidikan, jumlah yang terlibat dalam tim serta penghasilan dalam satu bulan memberikan efek terhadap kualitas kehidupan kerja perawat. Hasil penelitian ini memberikan rekomendasi pada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat mengefektifkan jumlah tim dalam asuhan yang dapat meningkatkan kinerja dan dirasakan dapat memberikan kesejahteraan bagi perawat (Oyoh, 2017).

Kerjasama lintas program dan lintas sektor di ranah Puskesmas juga belum memadai sehingga pelayanan keperawatan keluarga menjadi tidak optimal. Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Aan tahun 2020 tentang “Analisis Faktor-Faktor Kendala Di Dalam Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di UPT Puskesmas” yang menunjukkan kekurangan Sumber Daya Manusia, banyaknya tugas rangkap pada

Puskesmas, masyarakat yang tertutup, hubungan lintas sektor yang tidak optimal, dan keterbatasan anggaran menjadi kendala di dalam proses pelayanan kesehatan (Subekti, 2016).

Keperawatan keluarga memiliki lingkup yang luas, berbagai tipe keluarga tinggal di lingkungan geografis yang sangat luas, namun sayangnya tenaga kesehatan termasuk perawat keluarga tidak ditunjang dengan fasilitas yang memadai untuk memberikan pelayanan sesuai standar. Banyak perawat yang bertugas di pelosok harus berjuang untuk memberikan pelayanan kesehatan ke keluarga. Contoh adalah perjuangan perawat di pelosok Seruyan yang harus menerabas hutan, dan menyusuri sungai untuk menghampiri pasien. Kisah perawat Mustaan yang menyusuri sungai Seruyan dengan perahu kecil agar dapat sampai ke Puskesmas Pembantu karena pasien mengeluh sesak napas ini hanya beberapa kejadian yang terekspose media, masih banyak kasus lainnya yang ditemukan di Indonesia mengingat masih banyak wilayah terpencil dan tertinggal termasuk untuk akses kesehatannya (Adhi, 2023).

4.3.2 Pendidikan

Kualitas pendidikan keperawatan di Indonesia masih kurang, hal ini akan mempengaruhi kualitas lulusan perawat. Undang-Undang Keperawatan No. 38 Tahun 2014 menjelaskan penyelenggaraan Pendidikan Tinggi Keperawatan harus memenuhi Standar Nasional Pendidikan Keperawatan. Salah satu kriteria standarnya adalah wahana pembelajaran yang terdiri dari wahana pembelajaran klinik (Rumah Sakit) dan wahana pembelajaran di Komunitas. Wahana pembelajaran klinik dan komunitas disesuaikan dengan kompetensi yang akan dicapai. Saat menjalani praktik klinik profesi di Rumah Sakit dan Komunitas, mahasiswa diberikan panduan kompetensi yang harus dicapai. Namun, saat ini yang terjadi, ketersediaan kasus yang ada di lahan praktik klinik kurang untuk memenuhi standar kompetensi mahasiswa keperawatan termasuk diantaranya dalam Praktik Klinik Keperawatan Keluarga (Willianti, 2017). Rasio pengajar dan mahasiswa belum berimbang. Saat ini perguruan tinggi kekurangan 38.000 dosen di bidang kesehatan, termasuk salah satunya di

program studi keperawatan. Hal ini disebabkan oleh bertambahnya jumlah mahasiswa. Saat ini, jumlah rasio dosen untuk perguruan tinggi swasta masih 1 : 100, padahal idealnya 1 : 40 (Nuraini, 2017).

4.3.3 Telenursing Keperawatan Keluarga

Kemajuan teknologi informasi dalam bidang perawatan kesehatan menjadikan perawat semakin dituntut untuk profesional dan mengedepankan perkembangan teknologi. *Telenursing* merupakan penggunaan informasi teknologi dari jarak jauh untuk menjangkau pasien guna memantau kondisi dan berinteraksi dengan mereka menggunakan *computer*, aksesor audio dan visual serta telepon. *Telenursing* ini ideal digunakan jika memiliki ketersediaan fasilitas serta pasien mampu untuk mengaksesnya. *Telenursing* ini digunakan jika perawat dapat memastikan pasien dan keluarga mampu untuk melakukan perawatan mandiri di rumah, dengan pemantauan rutin setiap harinya. *Telenursing* dapat memudahkan akses petugas kesehatan yang berada pada daerah terisolasi, sehingga dapat meningkatkan jumlah cakupan pelayanan keperawatan, kemudian pasien juga dapat mengurangi biaya perawatan, waktu tunggu, serta mengurangi kunjungan yang tidak perlu. Penerapan *telenursing* di Indonesia ini sangat potensial ke depan untuk dikembangkan sehingga dapat menjangkau layanan keperawatan untuk keluarga. Namun, *telenursing* belum dapat secara optimal dilaksanakan karena beberapa hal yang harus dipersiapkan antara lain sumber daya manusia kesehatan yang mengerti teknologi, sarana dan prasarana teknologi informasi, tersedianya panduan dan standar prakteknya (Putri, 2021).



Gambar 4.2. Telenursing (Media, 2021)

4.3.4 Home Care dan Keperawatan Keluarga

Home Care merupakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan kompherensif kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. Perawat di rumah merupakan lanjutan asuhan keperawatan dari rumah sakit di mana sudah termasuk pemulangan dan dilaksanakan oleh perawat rumah sakit semula oleh perawat komunitas di mana pasien berada serta merupakan bagian dari asuhan keperawatan keluarga sebagai tindak lanjut dari tindakan unit rawat jalan atau puskesmas (Suprpto, 2018).

Di luar negeri, *Home Care* (HC) sudah terorganisasikan sejak tahun 1880- an, di mana banyak sekali penderita penyakit infeksi dengan angka kematian yang tinggi. Meskipun banyak didirikan rumah sakit modern, namun pemanfaatannya masih sangat rendah, dikarenakan masyarakat lebih menyukai perawatan di rumah. Kondisi ini berkembang secara professional, sehingga pada tahun 1900 terdapat 12.000 perawat terlatih di seluruh Amerika (*Visiting Nurses / VN* memberikan asuhan keperawatan di rumah pada keluarga miskin, *Public Health Nurses*, melakukan upaya promosi dan prevensi untuk melindungi kesehatan masyarakat, serta Perawat Praktik Mandiri yang melakukan asuhan keperawatan

pasien di rumah sesuai kebutuhannya). Di Indonesia, layanan *Home Care* sebenarnya bukan merupakan hal yang baru, karena merawat pasien di rumah baik yang dilakukan oleh anggota keluarga yang dilatih dan atau oleh tenaga keperawatan melalui kunjungan rumah secara perorangan, adalah merupakan hal biasa sejak dahulu kala. Perkembangan *Home Care* di Indonesia cukup pesat, karena masyarakat mulai menggunakan jasa pelayanan *Home Care* yang disediakan oleh Rumah Sakit Pemerintah, Swasta, ataupun Puskesmas (Sulaeman, 2022). Sayangnya, belum semua Rumah Sakit terintegrasi dengan baik ke Puskesmas, sehingga banyak pelaksanaan *Home Care* berjalan sendiri-sendiri.

Salah satu puskesmas yang telah melaksanakan *Home Care* sebagai inovasi pelayanan publik di bidang kesehatan 24 jam adalah Puskesmas Bara-Baraya Kota Makasar, *Home Care* ini terintegrasi dengan layanan *Telemedicine* serta mobil *home care* Dottoro'ta. Layanan mobil ini memungkinkan diagnosa dokter dilakukan di lapangan sehingga penanganan bisa dilakukan dengan cepat. Diagnosa juga dikirimkan melalui perangkat dan aplikasi teknologi dan masuk dalam catatan medis per warga yang terekam secara menyeluruh. Hasil evaluasi program menunjukkan petugas *home care* memiliki peran ganda antara melayani masyarakat di puskesmas, juga melayani masyarakat di tempat tinggal, sehingga program ini pun membutuhkan kajian dan perbaikan ke depan (Ma'mur, 2019).



Gambar 4.3. Pelayanan *Home Care* Puskesmas (Rida, 2022)

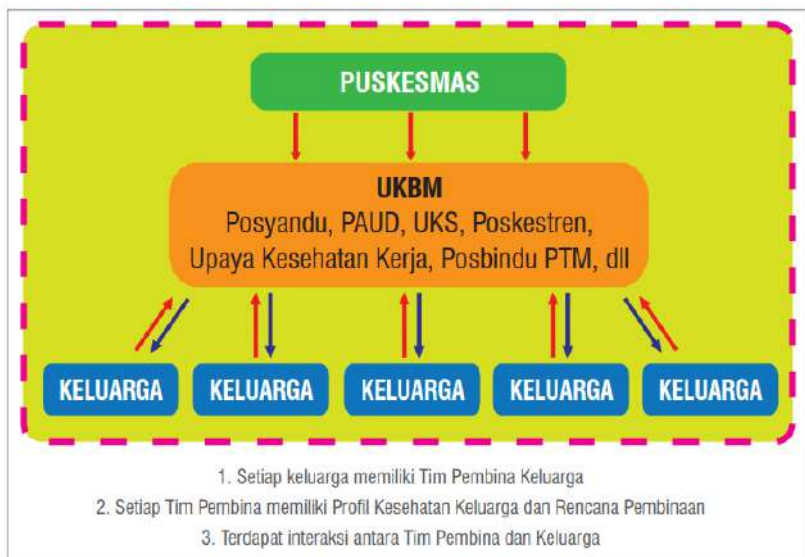
4.3.5 Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga

Kementerian Kesehatan menyelenggarakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) dengan

mengeluarkan regulasi diantaranya Permenkes Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Pendekatan Keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Dalam pelaksanaannya, Pendekatan Keluarga terintegrasi dengan seluruh program di Puskesmas. Dengan melakukan kunjungan rumah dari satu keluarga ke keluarga lain secara rutin dan terjadwal, Puskesmas akan mengenali masalah-masalah kesehatan yang dihadapi keluarga secara menyeluruh. Kegiatan kunjungan rumah dilakukan untuk :

1. Pendataan/pengumpulan data Profil Kesehatan Keluarga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya.
2. Promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif
3. Menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung
4. Pemanfaatan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas (Agustina, 2019).

Pelaksana Pendekatan Keluarga di Puskesmas adalah seluruh tenaga kesehatan Puskesmas, termasuk di antaranya adalah perawat. Melalui program ini perawat dapat memberikan asuhan keperawatan keluarga mulai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan pada keluarga dengan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain serta berbagai stakeholder yang terlibat dalam program PIS-PK seperti gambar 5.4 berikut .



Gambar 4.4. Mekanisme interaksi Puskesmas dalam PIS PK (Kemenkes, 2016)

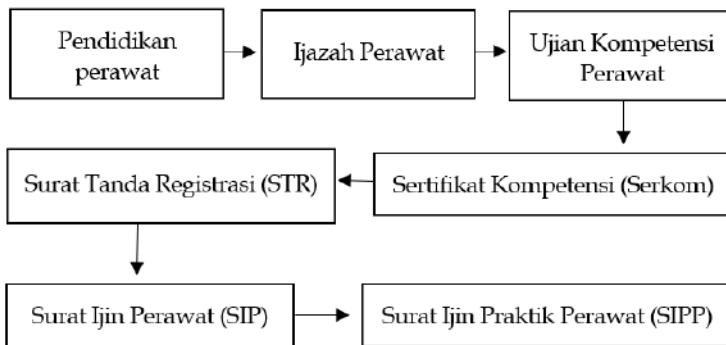
4.3.6 Kebijakan dan Legislasi Pelayanan Kesehatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan oleh perawat yang memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Telah menyelesaikan pendidikan formal ners (perawat) yang diakui. Pendidikan formal di Indonesia adalah D3 Keperawatan yang menghasilkan perawat profesional pemula, dan PSIK yang menghasilkan Ners, dengan kemampuan profesional yang tinggi.
2. Telah melakukan legislasi sebagai ners (perawat) dengan tahap registrasi yaitu lulus pendidikan formal dan sertifikasi untuk dinyatakan cakap melaksanakan kewenangan (kompetensi) yang dimiliki, sehingga perawat harus memiliki STR (Surat Tanda Registrasi). Lisensi adalah pemberian bukti tertulis bahwa perawat dinyatakan cakap melaksanakan kewenangannya dengan memiliki SIP (Surat Ijin Perawat). Perawat juga harus memiliki SIPP (Surat Ijin Praktik Perawat) untuk dapat memberikan asuhan keperawatan keluarga.

3. Memiliki institusi yang mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga, di mana institusi ini harus berbadan hukum dan legal. Hal ini untuk mengantisipasi apabila diperlukan pertanggungjawaban hukum terkait praktik keperawatan yang dilakukan.
4. Mematuhi standar praktik dan etik profesi yang ditetapkan oleh PPNI dan Pemerintah (Suprajinto, 2018).

Bagan alur proses perijinan perawat berpraktik dapat dilihat pada gambar 4.5 berikut.



Gambar 4.5. Alur Perijinan Praktik Perawat (Suprajinto, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Adhi, I. S., 2023. *Perjuangan Perawat di Pelosok Seruyan, Terabas Hutan dan Sungai demi Hampiri Pasien*. [Online] Available at: <https://money.kompas.com/read/2023/08/28/143809426/perjuangan-perawat-di-pelosok-seruyan-terabas-hutan-dan-sungai-demi-hampiri?page=all>[Accessed Maret 2024].
- Agustina, S. C., 2019. Implementasi Program Indonesia Sehat. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Volume 8, pp. 104-112.
- Kemenkes, R., 2010. *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: s.n.
- Leny, J. L. &, 2010. *Keperawatan Keluarga*. 1 ed. Bantul: Nuha Medika.
- Ma'mur, 2019. Evaluasi Program Home Care Pada Puskesmas Barabaraya Kota Makassar. *Jurnal Administrasi Negara*, 25(2).
- Media, P., 2021. *Mengenal Lebih Jauh "Telenursing"*. [Online] Available at: <https://mediaperawat.id/mengenal-lebih-jauh-telenursing/>[Accessed Maret 2024].
- Nuraini, 2017. *Menristek Dikti: Kekurangan Dosen Bidang Kesehatan Mencapai 38 Ribu Orang*. [Online] Available at: <https://infopublik.id/kategori/sorot-sosial-budaya/428682/menristek-dikti-kekurangan-dosen-bidang-kesehatan-mencapai-38-ribu-orang> [Accessed Maret 2024].
- Oyoh, 2017. Kualitas Kehidupan Kerja Perawat di Puskesmas Pangandaran. *JKP*, 5(3).
- Putri, A. S., 2021. *Penggunaan Telenursing Jadi Solusi Efektif Pelayanan Keperawatan*. [Online] Available at: <https://unair.ac.id/penggunaan-telenursing-jadi-solusi-efektif-pelayanan-keperawatan/>[Accessed Maret 2024].
- Rida, 2022. *Program Pelayanan Kesehatan Home Care Balangan Berjalan, Lansia Jadi Prioritas*. [Online] Available at: <https://lenterakalimantan.com/2022/05/program-pelayanan-kesehatan-home-care-balangan-berjalan-lansia-jadi-prioritas/>[Accessed 19 Maret 2024].

- Subekti, A., 2016. Analisis Faktor-Faktor Kendala Di Dalam Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Upt Puskesmas. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa FEB*, 9(2).
- Sulaeman, E., 2022. *Home Care Sebuah Terobosan Inovasi Pelayanan Kesehatan Keluarga*. [Online] Available at: <https://www.viva.co.id/vstory/opini-vstory/1476984-home-care-sebuah-terobosan-inovasi-pelayanan-kesehatan-keluarga>[Accessed Maret 2024].
- Suprajinto, 2018. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. I ed. Jakarta: EGC.
- Suprpto, 2018. Efektivitas Penggunaan Layanan Homecare Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Puskesmas Barombong Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 6(1), pp. 1375-1377.
- Willianti, A., 2017. *Analisis Persepsi Pembimbing Klinik Terhadap Penerapan Praktik Klinik Profesi Keperawatan Mahasiswa Psik Untan*, Pontianak: Universitas Tanjung Pura.

BAB 5

PERAN PERAWAT KELUARGA

Oleh Dewi Rury Arindari

5.1 Pendahuluan

Keperawatan kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga sebagai unit pelayanan terkecil dalam rangka mencapai keluarga sehat (Salamung, 2021). Perawat memiliki peran penting dalam membantu keluarga beradaptasi dengan masalah kesehatan, baik yang bersifat akut, kronis maupun terminal. Perawat keluarga memiliki fungsi pemecahan masalah atau problem solving (Husnaniyah, 2022). Peran perawat keluarga adalah seperangkat perilaku yang diharapkan oleh orang lain terhadap individu, keluarga dan masyarakat terhadap perawat sesuai dengan kedudukannya dalam sistem pelayanan kesehatan, yang dapat dipengaruhi oleh status sosial, yang bersifat konstan dalam ruang lingkup keperawatan keluarga, terutama pada keluarga mampu tingkat I dan keluarga kurang mampu (Arindari, 2023).

5.2 Macam-macam Peran Perawat Keluarga

Perawat keluarga sangat penting karena kedudukannya berada di garis depan, berhubungan langsung dengan masyarakat. Perawat dapat memainkan sejumlah peran dalam memberikan perawatan di tingkat keluarga. Beberapa peran perawat keluarga meliputi :

1. *Educator*

Perawat berperan dalam memberikan informasi tentang kasus dan kesehatan keluarga. Perawat melakukan kegiatan pembelajaran pada keluarga agar keluarga dapat melaksanakan program asuhan keperawatan keluarga secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga (Bakri, 2019).

Perawat juga berperan dalam mengubah perilaku keluarga yang tidak sehat menjadi perilaku sehat dengan cara memberikan pendidikan/konseling kesehatan pada anggota keluarga yang berisiko tinggi sebagai bentuk upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif (Kesuma, 2023).

Menurut Friedman (2010) dalam (Arindari, 2023) peran perawat sebagai *educator* antara lain melakukan identifikasi kebutuhan keluarga, memutuskan tujuan, mengembangkan, merencanakan dan melaksanakan pendidikan kesehatan untuk memandirikan keluarga sebagai tujuan akhir dari proses pemberian asuhan keperawatan.

Perawat juga memiliki peran dalam memberikan edukasi tentang kesehatan keluarga, penyakit, hubungan dan pengasuhan anak. Misalnya, mengajari orang tua cara merawat anak-anak atau mengajari remaja yang baru didiagnosis diabetes. Pendidikan kesehatan perlu diberikan kepada keluarga agar menjadi mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan yang dihadapinya (Utami, 2023).

Dari beberapa definisi peran diatas maka dapat disimpulkan bahwa peran perawat keluarga sebagai *educator* yaitu bertanggung jawab dalam mendistribusikan informasi, menggambarkan masalah dan kebutuhan keluarga dengan mengenali penyimpangan yang mungkin terjadi dan pada akhirnya perawat dapat mewujudkan kemandirian keluarga dalam menjalankan lima tugas keluarga dibidang kesehatan meliputi mengenal masalah, mengambil keputusan yang tepat, melakukan perawatan kesehatan, memodifikasi lingkungan dan memaksimalkan manfaat dari pelayanan kesehatan.

2. Coordinator

Perawat keluarga mengorganisasikan program kegiatan pelayanan kesehatan dan keperawatan atau terapi agar tidak terjadi tumpang tindih dan terjadi pengulangan, serta memudahkan jalannya perawatan. sehingga tindakan/pelaksanaan kegiatan yang dilakukan tepat sasaran serta efektif dan efisien (Bakri, 2019).

Pendapat lain mengatakan bahwa peran perawat keluarga sebagai koordinator adalah mengkoordinasikan asuhan yang diberikan kepada keluarga melalui upaya perencanaan keperawatan secara kolaboratif, misalnya jika ada anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus, perawat sebagai koordinator berperan dalam membantu keluarga untuk mengakses dan berhubungan dengan rencana keperawatan, termasuk proses rujukan, perawatan di rumah, pelayanan sosial, rehabilitasi bahkan kolaborasi lintas sektoral dalam proses keperawatan (Arindari, 2023).

Perawat mengoordinasikan Tindakan perawatan keluarga dan bekerjasama dengan keluarga untuk membuat rencana perawatan. Misalnya, jika salah satu anggota keluarga mengalami kecelakaan tragis, perawat akan membantu keluarga tersebut mengakses sumber daya rawat inap, rawat jalan, dan perawatan kesehatan di rumah. Perawatan berkelanjutan memerlukan koordinator untuk melaksanakan layanan lengkap, perawat yang bekerja dengan pasien dan keluarganya, baik di rumah atau di klinik, bertanggung jawab atas perawatan langsung (Utami, 2023).

3. *Care Provider*

Perawat keluarga memberikan perawatan secara langsung sebagai upaya pengobatan dan mendemonstrasikan kepada keluarga tentang asuhan keperawatan yang diberikan dengan harapan anggota keluarga yang sehat dapat melaksanakan tugas keluarga yang ketiga dibidang kesehatan yaitu merawat anggota keluarga yang sedang sakit dan apabila dikemudian hari menemui masalah kesehatan yang sama, maka diharapkan keluarga dapat memberikan pertolongan pertama dan dasar pada keluarga (Bakri, 2019).

Menurut Barbara dan Caldwell (2003) dalam (Arindari, 2023) perawat sebagai *care provider* berperan membantu keluarga menilai dan merencanakan asuhan keperawatan termasuk pemeriksaan tanda-tanda vital, pengukuran berat dan tinggi badan, *output* dan *input* cairan, pengumpulan specimen

urin dan feses, serta mengamati respon klien pada perawatan yang diberikan dan dokumentasi keperawatan.

4. Supervisor

Perawat keluarga melakukan kegiatan kunjungan rumah/ *home visited* secara teratur dan berkelanjutan 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).

Secara umum perawat yang melakukan *home visit* memiliki tanggung jawab dalam memberi perawatan, meningkatkan pengetahuan dan kompetensi sebagai profesi menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi membantu keluarga memperoleh kesehatan kembali, membantu keluarga menerima anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan serta membantu keluarga dan anggota keluarga menghadapi kematian dengan diperlakukan secara manusiawi dan bermartabat (Arindari, 2023).

5. Consultant

Perawat keluarga memiliki peran sebagai narasumber atas pertanyaan permasalahan yang dihadapi baik dari keluarga maupun individu dalam keluarga tersebut. 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).

Perawat keluarga berperan sebagai konsultan atau mediator antara keluarga dengan lintas sektor profesi lainnya. Peran ini memiliki kaitan erat karena keberadaan perawat yang mendampingi keluarga selama 24 jam dan dijadikan sebagai tempat bagi keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang

masalah atau ketepatan tindakan keperawatan yang diberikan (Husnaniyah, 2022).

Perawat bertindak sebagai konsultan bagi keluarga bila diminta atau dibutuhkan. Misalnya, perawat spesialis klinis di rumah sakit diminta membantu keluarga menemukan perawatan jangka panjang yang sesuai (Utami, 2023).

6. *Collaborator*

Perawat dalam melaksanakan proses 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 (Fabanyo, 2023).

Perawat keluarga bekerjasama dengan tim kesehatan lain dalam melakukan identifikasi layanan keperawatan yang dibutuhkan termasuk diskusi ide untuk menentukan bentuk layanan selanjutnya (Bakri, 2019).

Upaya memaksimalkan asuhan keperawatan memerlukan Kerjasama dan koordinasi yang baik antar anggota tim kesehatan lain dan keluarga itu sendiri dalam merencanakan atau melaksanakan asuhan keperawatan yang adekuat (Husnaniyah, 2022).

7. *Fasilitator*

Dalam menjalankan perannya sebagai fasilitator, perawat wajib mengetahui sistem layanan kesehatan seperti sistem rujukan, biaya kesehatan, fasilitas kesehatan lainnya agar perawat dapat menjadi fasilitator yang baik dan pada akhirnya dapat membantu klien dalam memenuhi salah satu tugas keluarga di bidang kesehatan yaitu mengoptimalkan fasilitas pelayanan kesehatan dan keperawatan (Bakri, 2019).

Selain itu perawat keluarga juga dapat menjalankan perannya dalam mempermudah akses pelayanan kesehatan,

mengakumulasi semua permasalahan dan mencari solusi atas setiap permasalahan yang dihadapi keluarga (Kesuma, 2023).

Perawat sebagai fasilitator memiliki peranan yang penting bagi keluarga sebagai unit terkecil dalam menjalankan tugasnya dibidang kesehatan. Pengetahuan dan informasi terbaru sesuai dengan *trend* dan *issue* yang sedang berkembang sudah semestinya dikuasai oleh seorang perawat keluarga sebagai rujukan dan referensi dalam mengarahkan keluarga untuk memperoleh layanan dan tindakan kesehatan dan keperawatan yang tepat.

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.

Sebagai perawat peneliti perawat berperan sebagai pengidentifikasi kasus atau masalah kesehatan yang sedang dialami keluarga sejak dini sebagai upaya pencegahan sejak dini sebelum menjadi masalah yang lebih besar di kemudian hari (Arindari, 2023).

9. Conselour

Perawat keluarga memberikan layanan teraupetik yang dapat membantu keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki dan tersedia di lingkungan keluarga (Arindari, 2023).

Perawat sebagai konselor juga berperan dalam memudahkan individu dan keluarga dalam menyelesaikan

masalah perilaku termasuk juga kesehatan mental dari anggota keluarga yang mengalami kondisi kronis yang memerlukan perawatan jangka panjang. Selain itu, perawat keluarga sebagai konselor juga menjalankan perannya dengan berkonsultasi bersama lembaga guna memfasilitasi perawatan yang berpusat pada keluarga.

Perawat keluarga memainkan peran terapeutik dengan membantu individu dan keluarga memecahkan masalah atau mengubah perilaku. Misalnya, keluarga memerlukan bantuan untuk mengatasi penyakit kronis jangka panjang, seperti ketika ada anggota keluarga yang didiagnosis menderita skizofrenia. perawat berperan sebagai narasumber bagi keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Perawat bekerja secara kolaboratif dengan tim layanan kesehatan lainnya untuk mencapai tingkat kesehatan tertinggi (Utami, 2023).

10. *Advocator*

Perawat keluarga mendukung dan mewakili keluarga dalam menghadapi masalah yang sedang dihadapi keluarga meliputi keamanan dan akses pada layanan kesehatan (Arindari, 2023).

Sebagai *advocator* perawat keluarga juga memiliki peran dalam membantu klien serta anggota keluarga menginterpretasikan informasi dari pemberi layanan terutama yang berkaitan dengan persetujuan atas perilaku keperawatan yang dilakukan, melindungi hak-hak pasien termasuk hak atas pelayanan terbaik, hak untuk mengetahui kondisi, privasi dan hak atas kompensasi akibat kelalaian (Arindari, 2023).

Perawat keluarga menganjurkan keluarga dan memberdayakan anggota keluarga. Contohnya adalah advokasi perawat sekolah mengenai layanan pendidikan khusus untuk anak dengan gangguan defisit-hiperaktif (Utami, 2023).

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).

Perawat keluarga bersama keluarga dan professional lainnya juga berperan dalam memodifikasi lingkungan meliputi lingkungan rumah dan lingkungan masyarakat sehingga dapat menciptakan status kondisi yang sehat dan kondusif (Arindari, 2023).

Perawat keluarga berperan dalam memodifikasi lingkungan baik lingkungan di rumah atau di komunitas untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Utami, 2023).

Selain peran perawat keluarga tersebut di atas, menurut (Arindari, 2023), perawat keluarga juga memiliki peran penting dalam upaya preventif baik primer, sekunder, dan tersier sebagai berikut:

1. Pencegahan primer

Peran perawat dalam pencegahan primer memainkan peran penting dalam mencegah penyakit dan menjaga kesehatan.

2. Pencegahan sekunder

Upaya keperawatan ditujukan untuk deteksi dini penyakit pada populasi yang berisiko, diagnosis dan pengobatan segera oleh perawat. Penemuan kasus baru merupakan upaya pencegahan sekunder yang bertujuan untuk mengendalikan perkembangan penyakit dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Perawat berkewajiban untuk merujuk semua anggota keluarga untuk pemeriksaan medis dan anamnesis.

3. Pencegahan tersier

Peran perawat dalam pencegahan tersier adalah untuk mengurangi derajat dan keparahan masalah kesehatan, sehingga meminimalkan kecacatan dan memulihkan atau mempertahankan fungsi fisik. Fokusnya adalah pada rehabilitasi. Rehabilitasi adalah proses memulihkan individu yang telah dinonaktifkan oleh penyakit atau cedera ke tingkat fungsi fisik, sosial dan emosional tertinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arindari, D.R. dkk (2023) *Keperawatan Keluarga*. Padang: Get Press Indonesia.
- Bakri, M. (2019) *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Mahardika.
- Fabanyo, R.A. dkk (2023) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Family Nursing Care)*. Pekalongan: PT Nasya Expanding Management.
- Harwijayanti, B.P. dkk (2022) *Keperawatan Keluarga*. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Husnaniyah, D. dkk (2022) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Sleman: Deepublish Publisher.
- Kesuma, S.I. dkk (2023) *Keperawatan Keluarga*. Indramayu: Adab.
- Salamung, N. (2021) *Keperawatan Keluarga (Family Nursing)*. Pemekasan: Duta Media Publishing.
- Utami, R. dkk (2023) *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Medan: Yayasan Kita Menulis.

BAB 6

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Sulistiyani

6.1 Pendahuluan

Proses keperawatan keluarga merupakan suatu proses pemberian asuhan keperawatan yang holistik dan menyeluruh. Dalam pelaksanaan pemberian proses keperawatan keluarga membutuhkan pendekatan logis dan sistematis yang digunakan dalam berinteraksi dengan keluarga dan anggotanya. Ini adalah inti dari perawatan, dan menjadi pusat dari semua tindakan perawatan yang bisa diterapkan di berbagai konteks dalam teori perawatan. Proses ini melibatkan lima langkah: Pengkajian, Diagnosa Perawatan, Intervensi Perawatan, Implementasi Perawatan, dan Evaluasi. Setiap langkah dalam proses keperawatan keluarga terhubung erat membentuk siklus berpikir dan bertindak yang dinamis serta berkelanjutan. konseptual teori keperawatan. Dalam setiap tahapan memiliki keterkaitan yang sangat erat membentuk siklus berpikir dan bertindak yang dinamis serta berkelanjutan. Sehingga suatu proses keperawatan memerlukan proses berpikir kritis oleh seorang perawat dalam menyelesaikan masalah keperawatan secara sistematis yang dapat diterapkan pada tatanan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat atau komunitas (Friedman et al., 2010).

Proses keperawatan keluarga memiliki tahapan yang sama akan tetapi memiliki ciri khas masing-masing. Proses keperawatan sangat bergantung pada subjek yang akan menjadi fokus perawatan. Seperti pada proses keperawatan keluarga, subjek dalam perawatan adalah semua anggota keluarga yang tinggal serumah. Tentunya proses keperawatan tidak berfokus hanya pada individu akan tetapi melihat secara kompleks semua faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan anggota keluarga. Dalam hal ini, proses keperawatan keluarga akan menggunakan teori keperawatan, teori sosial, serta terapi keluarga.

Adanya ciri yang berbeda-beda ketika melaksanakan proses keperawatan juga dipengaruhi oleh cara pandang perawat terhadap subjek yang menjadi fokus pelayanan atau dalam hal ini keluarga. Sebagai contoh jika perawat memandang keluarga sebagai konteks atau latar belakang individu pasien, maka perawat akan berfokus memberikan pelayanan pada individu anggota keluarga atau proses keperawatan keluarga berorientasi pada penerapan asuhan keperawatan individu. Tentunya ini merupakan cara tradisional dalam penerapan asuhan keperawatan keluarga. Namun sebaliknya jika perawat memandang keluarga sebagai unit perawatan, maka keluarga dipandang sebagai sistem yang tentunya interaksi antara semua anggota keluarga akan menjadi fokus perawatan, walaupun proses itu sendiri tidak berbeda (Northouse, 2016).

6.2 Proses Keperawatan Keluarga

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan bagian dari layanan keperawatan yang diberikan dalam konteks masyarakat. Awalnya, pelayanan ini dikembangkan dari unit pelayanan kesehatan masyarakat (Perkesmas). Pelayanan keperawatan keluarga disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan keluarga atau proses pemberdayaan keluarga. Pendekatan holistik dalam pemberian layanan asuhan keperawatan keluarga menempatkan keluarga dan anggotanya sebagai sasaran utama penerima layanan, dengan melibatkan semua anggota keluarga dalam setiap tahap, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, intervensi, implementasi, hingga evaluasi. Proses ini melibatkan kolaborasi dengan berbagai profesi lain, seperti pemberi layanan kesehatan komunitas.

Dalam praktiknya, perawat mengintegrasikan pelayanan kesehatan dengan pemberian layanan keperawatan pada keluarga di rumah untuk mendukung program kebijakan layanan kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk menangani masalah kesehatan. Kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam pelayanan keperawatan keluarga mencakup pencegahan primer, sekunder, dan tersier. (Rusmini et al., 2016).

Praktik perawatan kesehatan dalam keluarga terdiri dari pelayanan yang tersistimatis dan menyeluruh, dimana dalam

aplikasinya menjadikan keluarga sebagai sasaran utama pelayanan atau individu sebagai pencari dukungan. Perawat dalam memberikan praktik perawatan kesehatan keluarga akan berbeda-beda sesuai dengan spesialisasi yang meliputi kesehatan ibu dan anak, kesehatan mental dalam keluarga maupun masyarakat. Kaakinan, 2010 mengatakan bahwa praktik keperawatan kesehatan keluarga adalah suatu proses layanan yang menyediakan kebutuhan kesehatan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan (Kaakinan et al., 2010).

Sama seperti pasien di klinik, keluarga adalah pintu masuk ke dalam komunitas. Oleh karena itu, dalam memberikan perawatan kepada keluarga, maka kita dapat menggunakan pendekatan studi keluarga untuk mendapatkan wawasan tentang masalah kesehatan yang lebih besar di komunitas. Ketika melakukan pemberian Asuhan Keperawatan keluarga, maka kita akan melakukan assesment aspek ekonomi, sosial, aspek lingkungan dan emosional dalam masalah medis yang harus menghasilkan perubahan dalam sikap dan pendekatan mereka terhadap pasien. Ini penting jika kita ingin dokter terlibat dengan komunitas dan melakukan peran sosial.

Sebelum kita melanjutkan dengan kerangka kerja, mari kita pahami peran keluarga dalam kesehatan dan penyakit. Keluarga memiliki pengaruh pada tiga tingkat penyebab dan perkembangan penyakit; konsekuensinya penularan penyakit pada anggota keluarga lainnya; dan bagaimana keluarga mengatasi masalah kesehatan yang sedang dialami dalam keluarga (Krishnan et al., 2017).

Tujuan studi keluarga adalah untuk mengajarkan siswa untuk berpikir di luar paradigma medis penyakit, menuju model sosial penyakit. Mereka harus memahami bahwa faktor-faktor sosial memiliki pengaruh yang sama pentingnya, atau bahkan lebih, dibandingkan faktor medis dalam menentukan siapa yang akan mengalami penyakit atau konsekuensinya. Siswa juga harus memahami peran dan pengaruh anggota keluarga dalam timbulnya penyakit serta dampaknya terhadap anggota keluarga lainnya. Keluarga dianggap sebagai unit sosial di mana anggotanya saling mempengaruhi secara positif maupun negatif. Memahami hal ini

penting untuk mengatasi masalah kesehatan dengan efektif (Krishnan et al., 2017; Luttik, 2020).

Selain itu, siswa juga harus dapat merencanakan intervensi yang komprehensif yang mencakup faktor-faktor penentu dan konsekuensi kesehatan keluarga secara menyeluruh, serta optimal dalam memanfaatkan sumber daya yang tersedia di dalam keluarga. Dengan mengadopsi kerangka kerja Komisi Sosial Penentu Kesehatan, studi keluarga harus mampu:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor penentu kesehatan yang kompleks yang mempengaruhi keluarga tertentu.
2. Menunjukkan hubungan antara faktor-faktor penentu utama.
3. Menjelaskan mekanisme di mana faktor-faktor penentu tersebut berinteraksi untuk memengaruhi kesehatan.
4. Menyediakan kerangka kerja untuk mengevaluasi faktor mana yang paling penting untuk ditangani.
5. Merancang intervensi khusus untuk meningkatkan kesehatan keluarga

Pada praktik keperawatan keluarga akan memiliki beberapa tingkatan yang tentunya asuhan keperawatan ini dapat ditujukan pada keluarga sebagai konteks, keluarga secara keseluruhan, keluarga sebagai suatu sistem, atau keluarga sebagai komponen masyarakat. Friedman, Bowden, dan Jones (2003) menjelaskan bahwa level tingkatan keperawatan keluarga meliputi:

1. Level 1, keluarga sebagai konteks atau latar belakang individu yang fokus pelayanan keperawatan keluarganya adalah individu dalam keluarga sebagai penerima pengkajian dan intervensi keperawatan. Pada level ini, keluarga akan menjadi kelompok sekunder dan individu merupakan bagian terdepan atau fokus utama.
2. Level 2, keluarga dipandang sebagai akumulasi dari anggota-anggotanya atau kumpulan individu yang menjadi anggota keluarga. Pada level ini, keluarga menjadi bagian atau komponen primer, yang menjadi bagian terdepan adalah masing-masing klien yang dipandang sebagai unit yang terpisah bukan saling terkait. Sebagai contoh apabila

- anggota keluarga memiliki masalah kesehatan yang sama, maka dapat dilakukan intervensi keperawatan secara bersama-sama.
3. Level 3, fokus pelayanan keluarga dipandang sebagai subsistem dalam keluarga. Pada praktik keperawatan di level ini, subsistem keluarga menjadi fokus dan penerima intervensi keperawatan. Proses keperawatan di level ini disebut sebagai model basis keperawatan keluarga interpersonal. Hubungan antara anggota keluarga adalah unit analisis dan perawatan. Sebagai contoh fokus keperawatan keluarga adalah dengan melakukan analisa pada hubungan antara orang tua dan anak, interaksi antara semua anggota keluarga, interaksi dalam pernikahan, isu pemberian asuhan, dan masalah *bonding attachment*.
 4. Level 4, pada level ini, keluarga dipandang sebagai sebagai klien yang menjadi fokus pengkajian dan penerima intervensi keperawatan. Dalam praktik keperawatan keluarga, keseluruhan anggota keluarga merupakan bagian terdepan, sedangkan individu menjadi latar belakang atau konteks. Keluarga dipandang sebagai sistem yang saling mempengaruhi. Fokus perawatan keluarganya adalah pada hubungan dan dinamika internal keluarga, fungsi dan struktur keluarga, dan hubungan subsistem keluarga dengan keseluruhan, serta hubungan keluarga dengan lingkungan luarnya.
 5. Level 5, pada level ini keluarga dipandang sebagai komponen masyarakat dimana keluarga dipandang sebagai suatu subsistem dalam sebuah sistem yang lebih besar-komunitas atau masyarakat. Sebagai contoh keluarga dipandang sebagai lembaga dasar di masyarakat seperti lembaga pendidikan, kesejahteraan, atau agama. Dengan kata lain, keluarga menjadi subsistem di masyarakat.

Praktik pemberian Asuhan Keperawatan keluarga yang diterapkan di tatanan masyarakat atau rumah berfokus pada level asuhan keperawatan keluarga pada tingkat individu pada tatanan keluarga dan asuhan keluarga. Prinsip pemberian asuhan

keperawatan keluarga dengan melibatkan peran serta aktif semua anggota keluarga. Kegiatan yang dapat dilakukan ketika memberikan asuhan keperawatan keluarga meliputi:

1. Skrinning suspek atau penemuan kasus kontak serumah
2. Pendidikan kesehatan
3. Pemantauan atau pendampingan prosedur pengobatan
4. Home visit secara terencana atau tersistimatis
5. Pelayanan keperawatan dasar langsung maupun tidak langsung
6. Konseling
7. Dokumentasi keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan di rumah dapat mengacu pada assesment tingkat kemandirian keluarga yang telah dicapai dengan tujuh kriteria antara lain:

1. Kriteria pertama: Keluarga menerima kehadiran perawat dengan baik.
2. Kriteria kedua: Keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun.
3. Kriteria ketiga: Keluarga memiliki pengetahuan tentang masalah kesehatan dan mampu mengungkapkannya.
4. Kriteria keempat: Keluarga mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia.
5. Kriteria kelima: Keluarga mampu melakukan tindakan keperawatan sederhana.
6. Kriteria keenam: Keluarga secara aktif melakukan tindakan pencegahan terkait kesehatan.
7. Kriteria ketujuh: Keluarga secara aktif melakukan tindakan promosi kesehatan

Komponen utama yang dijadikan dasar untuk pemberian asuhan keperawatan keluarga adalah komponen struktural dan komponen fungsional (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) Komponen struktural mencakup komposisi keluarga, sistem nilai, pola komunikasi, struktur peran, dan struktur kekuasaan dalam keluarga. Sementara itu, komponen fungsional melibatkan fungsi afektif, sosialisasi dan koping, ekonomi, fungsi reproduksi, dan

fungsi perawatan kesehatan dalam keluarga. Intervensi keperawatan keluarga menekankan pada pemenuhan kebutuhan dan tahapan perkembangan keluarga, dengan mempertimbangkan keluarga sebagai klien atau sistem keluarga.

Kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat, akurat, aman, efektif serta berbasis evidence based practice menjadi inti dari pelayanan asuhan keperawatan keluarga. Setiap tindakan yang diberikan perawat dalam bekerja dengan keluarga, baik pada individu maupun keluarga secara keseluruhan, memerlukan proses critical thinking dan sikap yang bijaksana dalam mengambil keputusan. Perawat harus mempertimbangkan jenis data apa yang akan dikumpulkan, bagaimana cara mengumpulkannya, kapan dan di mana data tersebut dikumpulkan (Iriani et al., 2022). Mereka juga harus menilai relevansi setiap informasi baru dengan cerita keluarga yang berkembang. Sebelum melangkah lebih jauh, perawat perlu memastikan bahwa mereka memiliki informasi yang cukup tentang identifikasi masalah dan kekuatan keluarga, atau apakah ada kekurangan informasi yang memerlukan pengumpulan data tambahan.

Setiap situasi keluarga yang berkembang harus dianalisis sebagaimana adanya, dan setiap informasi baru harus dievaluasi untuk keakuratan, kejelasan, dan relevansinya. Perawat harus menyadari bahwa interpretasi yang "umum" mungkin tidak selalu benar dalam konteks tertentu, dan bahwa tanda dan gejala yang diharapkan mungkin tidak muncul dalam setiap kasus atau pola data yang sama. Kemampuan perawat untuk bersikap terbuka terhadap hal-hal yang tidak terduga dan waspada terhadap respons yang tidak biasa sangat penting untuk menentukan kebutuhan utama keluarga. Perawat juga harus mampu melihat hal-hal yang tidak jelas dan memahami bagaimana kisah keluarga tersebut bisa sama atau berbeda dengan kisah keluarga lainnya.

Langkah-langkah Proses Keperawatan Keluarga meliputi:

1. Pengumpulan data riwayat keluarga: Perawat mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk memahami keseluruhan pengalaman keluarga.

2. Analisis riwayat keluarga: Perawat mengelompokkan data ke dalam pola yang bermakna untuk melihat bagaimana keluarga mengelola peristiwa kesehatan. Kebutuhan keluarga diprioritaskan menggunakan Family Web Penalaran Keluarga.
3. Perencanaan asuhan keluarga: pada proses ini perawat dan keluarga merancang rencana asuhan terbaik untuk mengelola situasi keluarga secara bersama-sama.
4. Intervensi keluarga: perawat dan keluarga melaksanakan rencana asuhan yang telah disepakati bersama yang berfokus pada kemampuan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga, hemat biaya, dan efisien untuk mencapai hasil terbaik.
5. Evaluasi keluarga: perawat dan keluarga melaksanakan penilaian capaian hasil tindakan keperawatan, apakah sesuai dengan yang diharapkan telah tercapai, sebagian tercapai, atau perlu direvisi. Apakah rencana asuhan berjalan dengan baik, apakah perlu dilakukan perubahan, atau apakah hubungan perawat/keluarga perlu diubah?
6. Refleksi perawat: Perawat melakukan refleksi yang kritis, kreatif, dan bersamaan tentang keluarga dan pekerjaan mereka dengan keluarga (Sawin, 2016; Smith, 2008)

Perawat (ICN) mendefinisikan keperawatan sebagai praktek yang mencakup perawatan mandiri dan kolaboratif terhadap individu dari segala usia, keluarga, kelompok, dan komunitas, baik dalam kondisi sakit maupun sehat, di berbagai pengaturan. Definisi ini menekankan tanggung jawab perawat terhadap keluarga sebagai bagian integral dari praktek profesional mereka. Meskipun "perawatan yang berpusat pada pasien" masih menjadi moto dominan dalam pelayanan kesehatan, pendekatan ini harus ditinggalkan karena tidak lagi relevan dengan perkembangan sosial baru-baru ini. Keluarga semakin berperan dalam perawatan, menciptakan ketergantungan progresif yang mendorong perawat untuk tidak hanya memprioritaskan pasien. Karena keluarga menjadi mitra penting dalam perawatan pasien, perawat tidak dapat lagi mengabaikan kebutuhan keluarga.

Meskipun pentingnya keluarga dalam perawatan semakin diakui, penelitian menunjukkan bahwa perawat belum sepenuhnya mengintegrasikan peran dan dukungan keluarga dalam praktik mereka. Penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pendekatan formal dalam penilaian keluarga, dan intervensi terhadap keluarga sering kali diabaikan. Selain itu, diagnosis keperawatan dalam bidang psikososial seperti "ketegangan peran pengasuh" atau "gangguan proses keluarga" sering kali tidak tercatat dalam catatan pasien, meskipun penting dalam banyak kasus. Meskipun profesional kesehatan mulai melibatkan keluarga dalam perawatan pasien, pendekatan ini masih sering terfokus pada bagaimana keluarga dapat mendukung pasien, sementara aspek lain dari keberadaan keluarga sering diabaikan. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk mempertimbangkan efek dari perawatan pasien terhadap keluarga dan memperhitungkan kebutuhan keluarga secara menyeluruh dalam praktek keperawatan mereka.

6.3 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan atau asuhan keperawatan. Pada tahap ini, perawat akan menggali informasi atau mengambil informasi secara bertahap dan terus menerus yang mengandung arti terhadap informasi yang dikumpulkan dari keluarga yang dibina. Dengan kata lain, data dikumpulkan secara sistematis, kemudian diklasifikasikan dan dianalisis untuk mengintegrasikan maknanya.

Pengkajian menjadi syarat utama dalam mengidentifikasi masalah kesehatan di keluarga. Sifat pengkajian keluarga antara lain dinamis, interaktif, dan fleksibel. Pengumpulan data selama proses pengkajian menggunakan alat pengkajian atau instrumen pengkajian. Metode pengkajian yang dapat digunakan antara lain: observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik.

Pengkajian keluarga berfokus pada dua tahapan yaitu tahap satu berfokus pada masalah keluarga dan tahap dua berfokus pada menyajikan data kemampuan keluarga dalam memenuhi lima tugas kesehatan keluarga. Sumber data pengkajian keluarga adalah sumber data dari hasil wawancara berkaitan dengan kejadian masa lalu dan kejadian saat ini seperti riwayat kesehatan keluarga,

pengalaman semua anggota keluarga, temuan hasil observasi berkaitan dengan berbagai fasilitas yang ada di rumah keluarga. Sumber data kedua yaitu informasi yang tertulis dan lisan dari berbagai agensi atau kerjasama dengan keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya. Sumber data dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.1. Sumber data Pengkajian Keluarga

Wawancara klien tentang peristiwa lalu dan peristiwa saat ini a. Mengajukan pertanyaan dan mendengarkan b. Genogram c. Ecomap
Data Objektif a. Observasi rumah b. Observasi ineraksi keluarga
Data Sujebtif a. Pengalaman anggota keluarga b. Observasi orang yang berart atau berpotensi dalam keluarga c. Instrumen yang diisi keluarga, informasi tertulis, dan lisan dari rujukan d. Laporan agensi keluarga e. Laporan tim kesehatan lainnya

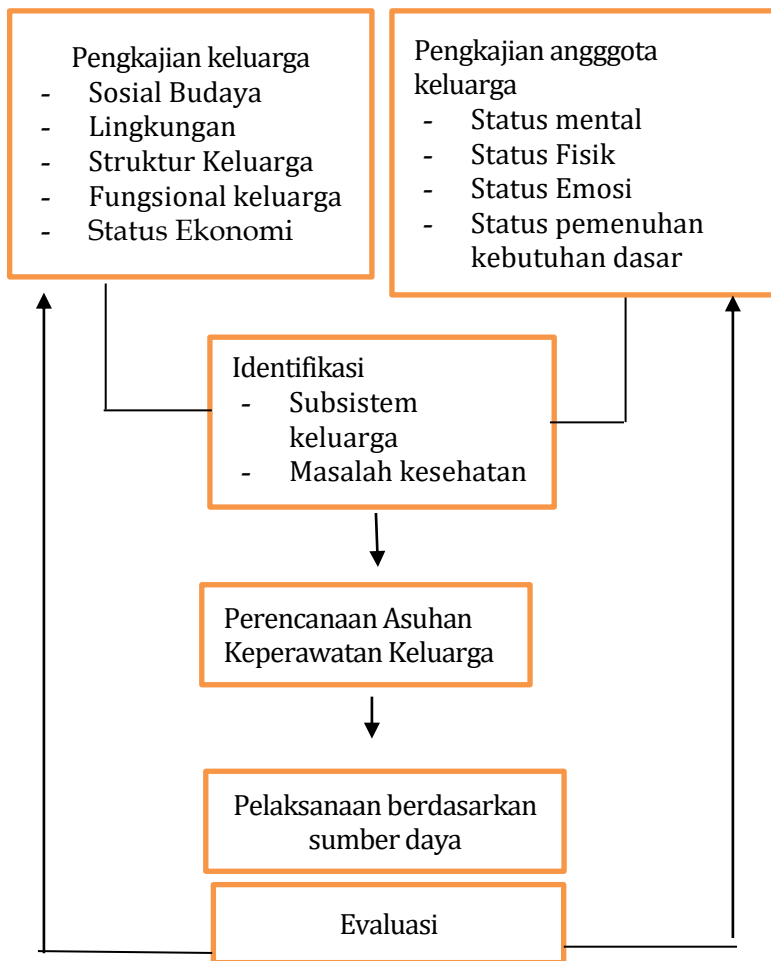
Metode wawancara dalam melakukan pengkajian keluarga memerlukan teknik kemampuan perawat seperti:

1. Kemampuan mendengar yang aktif
2. Mampu menyusun pertanyaan yang mengarah atau terfokus
3. Kemampuan dalam berkomunikasi nonverbal
4. Memiliki sikap empatik
5. Memiliki kemampuan validasi
6. Mampu membuat ringkasan
7. Mempertimbangkan intonasi saat transisi
8. Mengutamakan sikap pemberdayaan keluarga
9. Memahami karakteristik keluarga binaan
10. Mempunyai sikap menghargai

Kemampuan komunikasi terapeutik saat mengkaji keluarga menjadi kekuatan perawat untuk mendapatkan data yang akurat. Ketika perawat melakukan pengkajian keluarga, bisa saja perawat mempunyai hambatan seperti:

1. Perawat tidak mampu membinan hubungan yang baik dengan keluarga
2. Tidak terjalin hubungan saling percaya
3. Perawat tidak mampu melakukan anamnesa dengan tepat
4. Perawat tidak memiliki kesempatan untuk melakukan pemeriksaan fisik
5. Perawat tidak mampu mengumpulkan data yang dibutuhkan
6. Terdapat data duplikasi dan tidak bermanfaat bahkan bertolak belakang dengan data yang lainnya
7. Data pengkajain tidak lengkap sehingga kurang akurat untuk dianalisis

Berikut ini merupakan langkah-langkah dalam proses keperawatan individu dan keluarga berbasis *family center nursing* model.



Persiapan untuk proses pengkajian keluarga adalah langkah penting sebelum melakukan wawancara dengan anggota keluarga. Perawat perlu siap secara konseptual dan praktis untuk melakukan pengkajian. Mereka harus mengetahui tujuan pertemuan dan berkonsultasi dengan keluarga mengenai lokasi pertemuan. Sebelum memulai pengkajian, perawat dapat membaca catatan yang tersedia dan berdiskusi tentang keluarga dengan anggota tim kesehatan yang terinformasi. Untuk memastikan kunjungan keluarga berjalan lancar, perawat harus mengumpulkan informasi,

melakukan pengkajian, dan menyiapkan alat-alat fisik seperti perangkat skrining perkembangan yang diperlukan. Sebaiknya, perawat membuat janji pertemuan dengan keluarga dengan langkah-langkah berikut:

1. Memperkenalkan diri.
2. Menyebutkan tujuan pertemuan, termasuk referensi dari mana keluarga tersebut dirujuk.
3. Menjelaskan secara faktual kebutuhan pertemuan, tanpa memberikan rincian.
4. Menawarkan beberapa waktu yang memungkinkan untuk pertemuan, termasuk sore atau malam hari.
5. Membiarkan keluarga memilih waktu yang paling nyaman bagi sebagian besar anggota keluarga.
6. Menawarkan jasa penerjemah, jika diperlukan.
7. Mengkonfirmasi tanggal, waktu, tempat, dan arah.
8. Variabel pengkajian keperawatan keluarga meliputi:
 - a. Data umum (identitas kepala keluarga, komposisi keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak ke layanan kesehatan, alat transportasi).
 - b. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga (nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status gizi, TTV, status imunisasi dasar, penggunaan alat bantu berjalan, status kesehatan umum, riwayat penyakit dan alergi).
 - c. Data individu yang mengalami masalah kesehatan (meliputi: nama, diagnosis medis, rujukan dokter atau rumah sakit, keadaan umum, sistim sirkulasi, kebutuhan cairan dan elektrolit, sistim perkemihan, pernafasan, muskuloskeletal, neurosensori, kondisi kulit, kebutuhan istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri, data penunjang atau hasil laboratorium, radiologi, USG, dll.).
 - d. Data kesehatan lingkungan (sanitasi lingkungan pemukiman).
 - e. Struktur keluarga (peran, nilai, komunikasi, kekuatan).
 - f. Riwayat dan tahapan perkembangan keluarga.

g. Fungsi keluarga (fungsi instrumental dan ekspresif).

Data yang dikumpulkan oleh perawat kemudian dianalisis dengan mengelompokkan data ke dalam kategori yang bermakna sehingga masalah dapat diidentifikasi. Saat menganalisis data, perawat juga harus mengidentifikasi kekuatan keluarga, yang dapat digunakan sebagai dasar untuk merumuskan intervensi keperawatan keluarga. Beberapa aspek kekuatan keluarga termasuk suasana keluarga, fleksibilitas, adaptasi, otonomi anggota keluarga, keakraban antar keluarga, hubungan dengan komunitas, dan keterampilan komunikasi keluarga.

Salah satu tantangan dalam pengumpulan data adalah menyusun informasi sehingga gambaran keseluruhan keluarga dapat dipahami. Untuk memahami gambaran keluarga, perawat menggabungkan data ke dalam pola atau kategori yang bermakna sehingga hubungan antar pola bagaimana keluarga mengelola situasi dapat divisualisasikan. Membuat diagram keluarga dan hubungan antar kelompok data membantu dalam mengidentifikasi masalah yang paling mendesak bagi keluarga. Fokus pada penyelesaian masalah besar keluarga dapat memberikan dampak positif pada area fungsi keluarga lainnya.

Web Penalaran Keluarga adalah alat organisasi yang membantu mengelompokkan data ke dalam kategori-kategori yang bermakna. Kategori-kategori tersebut mencakup rutinitas keluarga sehari-hari, komunikasi keluarga, dukungan dan sumber daya keluarga, peran keluarga, keyakinan keluarga, tahap perkembangan keluarga, pengetahuan kesehatan keluarga, lingkungan keluarga, manajemen stres keluarga, budaya keluarga, dan spiritualitas keluarga. Setelah data ditempatkan dalam kategori tersebut, perawat menetapkan diagnosis keperawatan keluarga untuk setiap kategori. Diagnosis ini menjadi dasar untuk merencanakan intervensi keperawatan yang sesuai.

6.4 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan keluarga. Diagnosa keperawatan keluarga menggambarkan berbagai macam masalah kesehatan keluarga baik

dalam lingkup keperawatan maupun profesi lain seperti kedokteran, hukum, pendidikan, rekreasi atau kesejahteraan sosial. Diagnosa keperawatan keluarga merupakan perpanjangan dari diagnosis kes sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil pengkajian keperawatan. Diagnosa keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan aktual dan potensial.

Pada tingkat keperawatan keluarga, diagnosa keperawatan keluarga dapat ditegakkan bertolak dari salah satu teori keperawatan atau teori keluarga dengan menggunakan diagnosis NANDA. Sebagai contoh misalkan masalah keluarga yang didapatkan sata pengkajian keluarga berkaitan dengan kerangka struktural-fungsional atau interaksi antara anggota keluarga, maka diagnosa keluarga yang dapat diangkat adalah konflik peran atau transisi, maslah pengasuhan anak, konflik nilai, atau komunikasi.

Peran aktif keluarga melalui proses keperawatan harus menjadi perhatian utama (Suprpto & Karsa, 2023). Dalam hal mengidentifikasi masalah keperawtan keluarga, maka perawat dan keluarga bersama-sama bertanggung jawab mengambil bagian dari proses ini. Dalam menetapkan masalah keperawatan keluarga harus memahami keterbatasan seperti:

1. Berorientasi pada individu
2. Tidak teoritis, baik kekuatan maupun kelemahan bergantung pada pandangan seseorang
3. Diagnosa keperawatan keluarga berorientasu sangat luas
4. Sangat berorientasi pada penyakit
5. Daftar diagnosa terbatas dan tidak lengkap (tidak mencakup masalah keperawatan keluarga yang aktual dan potensial
6. Tidak ada kategori diagnostik terstandar yang ditujukan untuk peningkatan kesehatan keluarga
7. Kategori diagnostik tidak sepenuhnya ditujukan keluarga sebagai klien sepanjang spektrum sehat-sakit yang luas dan semua lingkup siklus kehidupan keluarga
8. Label diagnostik menggunakan bahasa patologis seperti disfungsi dan tidak efektif sebagai pengidentifikasi perilaku keluarga

9. Tidak mencakup keragaman perilaku keluarga terkait dengan konteks budaya mereka

Diagnosa keperawatan NANDA yang relevan dengan keperawatan keluarga antara lain (Herdman & Kamitsuru, 2017; Patiraki et al., 2017; Rusmini et al., 2016):

1. Duka cita adaptif
2. Ketegangan peran pemberi asuhan
3. Kepedihan kronik
4. Penurunan koping keluarga
5. Konflik pengambilan keputusan
6. Defisiensi pengetahuan
7. Ketidakmampuan koping keluarga terganggu
8. Disfungsi proses keluarga: Alkoholisme
9. Duka cita maladaptif
10. Perilaku sehat
11. Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga
12. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
13. Perilaku kesehatan cenderung berisiko
14. Kesiapan untuk meningkatkan ASI
15. Gangguan pemeriharaan rumah
16. Ketidakefektifan kontrol impuls
17. Kesiapan meningkatkan komunikasi
18. Ketidaseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
19. Ketidakseimbangan nutrisi: lebih dari kebutuhan Tubuh
20. Gangguan penyesuaian
21. Gangguan pemeliharaan rumah
22. Ketidakmampuan menjadi orang tua
23. Ketegangan peran pemberi asuhan
24. Risiko ketegangan peran pemberi asuhan
25. Ketidakmampuan menjadi orang tua
26. Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua
27. Risiko ketidakmampuan menjadi orang tua
28. Ketidakberdayaan
29. Risiko gangguan perlekatan
30. Disfungsi proses keluarga

6.5 Intervensi Keperawatan Keluarga

Perencanaan merupakan tahapan penting dalam penyusunan strategi intervensi keperawatan untuk mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah kesehatan keluarga berdasarkan diagnosa keperawatan. Dalam proses ini, perawat bekerja sama dengan keluarga untuk menyusun rencana perawatan yang sesuai untuk menyelesaikan masalah kesehatan keluarga yang diidentifikasi. Rencana perawatan yang telah disusun kemudian dikomunikasikan kepada seluruh tim kesehatan untuk memastikan pendekatan yang konsisten dalam bekerja dengan keluarga.

Dalam menyusun intervensi keperawatan keluarga, perawat juga memiliki peran penting dalam menetapkan tujuan bersama keluarga. Penentuan tujuan bersama keluarga menjadi dasar yang penting dalam perencanaan yang efektif. Salah satu prinsip utama dalam keperawatan keluarga adalah bahwa keluarga memiliki tanggung jawab penuh dalam mengelola kehidupan mereka sendiri (proses penentuan diri atau otonomi). Oleh karena itu, perawat harus menghormati keyakinan keluarga dan memberikan informasi yang relevan untuk membantu mereka mengidentifikasi masalah dan menetapkan tujuan kesehatan mereka sendiri. Keluarga memiliki hak untuk memilih tujuan mereka sendiri dan berharap dapat membuat keputusan yang masuk akal tentang perawatan yang mereka terima.

Pentingnya partisipasi keluarga dalam perencanaan keperawatan menekankan pentingnya kerjasama antara perawat, keluarga, dan tim kesehatan lainnya. Ini juga memungkinkan keluarga untuk memiliki kendali atas tujuan mereka sendiri, yang lebih memungkinkan mereka untuk bersedia bekerja sama dalam perawatan. Proses penetapan tujuan memberikan dampak positif dalam interaksi dengan keluarga karena orang cenderung lebih menerima dan mendukung tujuan yang mereka pilih sendiri daripada tujuan yang ditetapkan oleh orang lain. Dengan demikian, perawat harus memfasilitasi keluarga untuk mengambil keputusan secara mandiri agar mereka lebih bertanggung jawab dalam melaksanakan rencana perawatan.

Perumusan intervensi keperawatan melibatkan penentuan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan. Penentuan prioritas masalah adalah langkah penting dalam menentukan masalah mana yang harus ditangani terlebih dahulu. Ini dapat dilakukan dengan menggunakan skala penyusunan prioritas, seperti yang dikembangkan oleh Maglaya (2009).

Penentuan tujuan keperawatan keluarga didasarkan pada:

1. Tujuan berorientasi pada keluarga
2. Kriteria hasil atau standar pencapaian tujuan harus dapat diukur dan dicapai oleh keluarga
3. Tujuan menggambarkan alternatif pemecahan masalah
4. Tujuan harus bersifat spesifik atau sesuai dengan konteks diagnosa keperawatan keluarga dan faktor-faktor yang berhubungan
5. Tujuan harus menggambarkan kemampuan dan tanggung jawab keluarga dalam pemecahan masalah kesehatan
6. Proses penyusunan tujuan melibatkan keluarga

Klasifikasi hasil keperawatan

Selama tahap perencanaan, kriteria hasil spesifik harus ditetapkan. Kriteria hasil diidentifikasi sebagai respon klien yang dapat dicapai dan diinginkan oleh keluarga. Klasifikasi hasil keperawatan berdasarkan nursing outcome classification yang dirancang untuk menguari status pasien/keluarga yang diinginkan. Setiap hasil disusun dengan indikator yang menggunakan skala likert khusus.

Indikasi intervensi keperawatan keluarga

Setelah melakukan pengkajian keluarga dan membahas bersama permasalahan keluarga, perawat keluarga dan anggota keluarga perlu memutuskan apakah ada indikasi untuk intervensi keluarga. Kriteria untuk membuat keputusan ini meliputi minat dan motivasi keluarga untuk menerima dan mengatasi masalah kesehatan, tingkat fungsi keluarga, ketrampilan perawat, dan pengelolaan sumber yang tersedia. Intervensi keluarga mungkin diperlukan pada:

1. Anggota keluarga yang mengalami suatu penyakit yang dapat mengganggu anggota keluarga lainnya
2. Anggota keluarga menyebabkan gejala atau masalah individu
3. Perbaikan pada suatu anggota keluarga menimbulkan gejala atau gangguan pada anggota keluarga lainnya
4. Anggota keluarga pertama kali didiagnosa menderita penyakit
5. Kondisi anggota keluarga terganggu secara nyata
6. Anak atau remaja yang memiliki masalah emosi atau mental, perilaku, fisik dalam konteks perawatan keluarga
7. Anggota keluarga dengan penyakit kronik atau post perawatan dari rumah sakit dan balai pengobatan/rehabilitasi
8. Pasien yang sakit kronis dan meninggal

Strategi intervensi keperawatan keluarga meliputi strategi pendidikan kesehatan, konseling, membuat kontak, manajemen kasus, kolaborasi, konsultasi, strategi pemberdayaan, modifikasi lingkungan, advokasi keluarga, modifikasi gaya hidup termasuk manajemen stres, jaringan termasuk melibatkan swabantu kelompok dan dukungan sosial, merujuk, model peran, tambahan peran, strategi pengajaran, dan klasifikasi nilai.

6.6 Implementasi keperawatan keluarga

Implementasi keluarga dalam perawatan adalah langkah di mana perawat melaksanakan rencana perawatan yang telah disusun bersama keluarga. Ini melibatkan kegiatan perawatan yang ditujukan untuk individu di dalam keluarga dan untuk semua anggota keluarga. Implementasi untuk individu mencakup tindakan langsung, kolaboratif, dan observasi, serta pendidikan kesehatan. Sementara itu, implementasi untuk keluarga meliputi meningkatkan kesadaran keluarga tentang masalah kesehatan, membantu mereka memilih cara perawatan yang tepat, memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, membantu mereka mengubah

lingkungan menjadi lebih sehat, dan memotivasi mereka untuk menggunakan fasilitas kesehatan di sekitar mereka.

Hambatan dalam implementasi intervensi keluarga dapat berasal dari perilaku keluarga atau perawat. Salah satu hambatan adalah apatis keluarga, di mana mereka tidak memberikan respon atau tidak peduli terhadap intervensi perawatan. Selain itu, fatalisme juga bisa menjadi hambatan, terutama bagi keluarga yang miskin dan tidak berdaya.

Hambatan implementasi yang terkait dengan perawat meliputi memaksakan ide, memberikan label negatif, tidak melihat kekuatan keluarga, dan mengabaikan implikasi budaya atau gender.

6.7 Evaluasi keperawatan keluarga

Evaluasi merupakan langkah kelima dalam proses keperawatan. Ini melibatkan penilaian seberapa efektif intervensi yang telah dilakukan oleh perawat, keluarga, dan tim kesehatan lainnya terhadap keluarga. Keberhasilan intervensi lebih didasarkan pada dampaknya pada keluarga dan kemampuan keluarga serta anggota keluarga dalam menanggapi intervensi tersebut daripada intervensi itu sendiri. Evaluasi adalah proses yang kontinu dan dapat dilakukan secara berkala. Hal ini juga merupakan waktu bagi perawat untuk merefleksikan keberhasilan perawatan yang telah diberikan sehingga perawat dapat memperbaiki intervensi yang telah direncanakan. Evaluasi keperawatan dapat dilakukan sepanjang perawatan atau pada akhir kasus. Kegiatan evaluasi melibatkan pemantauan kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respons individu dan keluarga dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan, dan menyimpulkan kemajuan dalam menyelesaikan masalah serta pencapaian tujuan perawatan. Dalam melaksanakan evaluasi keperawatan keluarga yang ditinjau dari aspek evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Penentuan evaluasi aspek keluarga membutuhkan suatu instrumen yang dapat mengukur perubahan perilaku keluarga dalam mencapai derajat kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Friedman, M. M., Browden, V. R., & Elaine G Jones. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik* (Estu Tiar (ed.); 5th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). NANDA nursing diagnosis: definitions and classification 2015-2017. In *Revista de Enfermagem UFPE on Line* (Vol. 11, Issue 7).
- Iriani, R., Purwoto, A., Haris, Sulistiyani, Nuraeni, A., Harun, L., Dasat, M., Sari, E. E., Suprpto, & Janah, E. N. (2022). *Keperawatan Keluarga Pendekatan Komperhensif Dalam Perawatan Kesehatan Keluarga*. GET PRESS.
- Kaakinan, J. R., Duff, V. G., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). Family health care nursing Theory, Practice and Research 4th Edition. In *Public Health* (4th ed., Vol. 74, Issue 2). F. A. Davis Company. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(59\)80093-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(59)80093-7)
- Krishnan, A., Behera, P., & Nongkynrih, B. (2017). Approach to family assessment and intervention. *National Medical Journal of India*, 30(5), 279–284. <https://doi.org/10.4103/0970-258X.234398>
- Luttik, M. L. (2020). Family Nursing: The family as the unit of research and care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(8), 660–662. <https://doi.org/10.1177/1474515120959877>
- Northouse, P. G. (2016). Theory and Practice Theory and Practice. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 30(3), 145–145.
- Patiraki, E., Katsaragakis, S., Dreliozzi, A., & Prezerakos, P. (2017). Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 88–93. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12120>
- Rusmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2016). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas*

dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat (Pertama). IPKKI 2017.

- Sawin, K. J. (2016). Measurement in Family Nursing: Established Instruments and New Directions. *Journal of Family Nursing*, 22(3), 287–297. <https://doi.org/10.1177/1074840716656038>
- Smith, L. (2008). *Conducting a family strengths assessment using the AFS nursing assessment guide*. September. https://eprints.utas.edu.au/9486/1/How_to_conduct_family_assessment_using_the_AFS_nursing_assessment.pdf
- Suprpto, S., & Karsa, P. S. (2023). Keperawatan Keluarga: Pendekatan Komprehensif Dalam Perawatan Kesehatan Keluarga. In *Keperawatan Keluarga* (Issue November).

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASANGAN BARU

Oleh Irma Herliana

7.1 Konsep Keluarga Pasangan Baru (*Beginning family*)

Menurut Andarmoyo (2012) pembentukan keluarga pada pasangan baru dimulai ketika seorang pria dan wanita menikah, mengalami perpindahan dari status lajang ke dalam hubungan yang intim, dan mulai membangun kehidupan keluarga mereka sendiri sambil meninggalkan keluarga asal masing-masing. Tahap keluarga pasangan baru adalah fase di mana setiap individu, baik pria maupun wanita, membentuk keluarga melalui pernikahan resmi dan memasuki fase kedewasaan dalam usia pernikahan (Wardani dkk, 2019). Keluarga pasangan baru adalah awal dari sebuah tahapan berkeluarga yang terbentuk secara legal dan sah, dimana sepasang suami dan istri memulai sebuah hubungan yang intens dan intim dengan memperhatikan berbagai aturan di dalamnya. Aturan tersebut dibuat baik oleh pemerintah, agama, masyarakat, keluarga asal maupun keluarga baru tersebut berupa nilai, etika, moral, norma, maupun budaya yang diupayakan untuk dipertahankan dan dilaksanakan supaya kehidupan berkeluarga bisa bertahan dalam keharmonisan dan kesejahteraan.

Tahapan perkembangan keluarga, serupa dengan perkembangan individu, melibatkan pertumbuhan yang terutama terkait dengan ukuran dan kemampuan keluarga. Tahap awalnya adalah keluarga baru, yang mencakup periode setelah pernikahan yang menandai pembentukan keluarga baru. Pada tahap ini, pasangan yang baru menikah memasuki fase prokreasi dan beralih dari keluarga asal atau status lajang ke dalam hubungan yang intim. Pasangan ini perlu bersiap untuk menghadapi kehidupan keluarga yang baru, karena keduanya harus menyesuaikan peran dan fungsi

mereka dalam kehidupan sehari-hari. Mereka belajar untuk hidup bersama dan beradaptasi dengan kebiasaan masing-masing dan pasangan mereka. (Nadirawati, 2018). Pasangan baru suami istri melibatkan diri dalam program kehamilan pertama, mengatur kelahiran, membina ketahanan keluarga, serta meningkatkan kesejahteraan keluarga. Semua ini bertujuan untuk menciptakan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Wardani dkk, 2019).

Tugas perkembangan bagi pasangan yang baru menikah dan belum memiliki anak melibatkan sejumlah aspek, seperti membina hubungan intim yang memuaskan, menetapkan tujuan bersama, membangun hubungan dengan keluarga, teman, dan kelompok sosial, membahas rencana untuk memiliki anak atau menggunakan metode kontrasepsi, melakukan persiapan untuk menjadi orang tua, serta memahami konsep perawatan prenatal (pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, dan peran sebagai orang tua) (Suprajitno, 2004). Pada tahap ini, tugas perkembangan keluarga mencakup upaya membina hubungan intim dan kepuasan bersama pasangan, menetapkan tujuan bersama untuk pasangan dan keluarga, membina hubungan dengan keluarga lain, merencanakan dan memilih metode keluarga berencana yang akan digunakan, serta menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk peran sebagai orang tua (Setiana, 2016). Pada tahap perkembangan keluarga I, tugasnya adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi kedua pasangan, menjalin hubungan yang harmonis dengan jaringan kekerabatan, dan melakukan perencanaan keluarga (Friedman, 2010).

Asuhan keperawatan keluarga pasangan baru merupakan pendekatan holistik yang diberikan oleh perawat kepada keluarga yang baru saja menikah. Pendekatan ini bertujuan untuk memberikan dukungan, edukasi, serta pemantauan kesehatan yang komprehensif bagi keluarga baru tersebut. Dalam konteks ini, asuhan keperawatan mencakup pemantauan kesehatan ibu dan bayi, penyampaian pendidikan kesehatan, serta bantuan dalam menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi setelah pernikahan dilaksanakan.

Adapun tujuan asuhan keperawatan keluarga pasangan baru:

1. Menciptakan lingkungan dukungan
Tujuan pertama dari asuhan keperawatan keluarga pasangan baru adalah menciptakan lingkungan yang memberikan dukungan emosional dan fisik bagi pasangan tersebut.
2. Peningkatan pengetahuan
Memberikan pendidikan kesehatan yang tepat guna untuk membantu pasangan baru memahami pentingnya perawatan Kesehatan dan fungsi keluarga dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan balita.
3. Pemantauan Kesehatan
Memantau kesehatan ibu dan bayi serta memberikan intervensi yang diperlukan untuk memastikan Kesehatan keluarga pasangan baru tetap terjaga

Memberikan asuhan keperawatan keluarga pasangan baru memerlukan pendekatan holistik untuk memastikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dalam sebuah keluarga terpenuhi. Pendekatan komprehensif ini dilakukan mulai dari pengkajian atau penilaian kesehatan hingga tahap evaluasi.

Terdapat 5 tugas kesehatan keluarga yang juga harus difahami dan diterapkan oleh pasangan baru menikah dan informasi terkait hal ini baiknya disampaikan kepada pasangan yang akan menikah sehingga mereka lebih dapat mempersiapkan diri, lebih memahami peran dan fungsi keduanya serta dapat melakukan langkah-langkah konkret dalam mempermudah menjalani sebuah tahap awal dalam berkeluarga. Pasangan baru perlu memahami secara menyeluruh mengenai perawatan kesehatan serta pentingnya peran keluarga dalam mendukung kesehatan anggota keluarga yang baru terbentuk. Lima tugas kesehatan keluarga antara lain: 1. Mengetahui masalah Kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga; 2. Mampu mengambil keputusan; 3. Melakukan perawatan secara mandiri saat ada anggota keluarga yang sakit; 4. Mampu memodifikasi lingkungan guna mendukung kesehatan anggota keluarga; 5. Keluarga

memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menunjang tercapainya kesehatan yang optimal (Friedman, 2010).

7.2 Proses Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Pasangan Baru

Proses keperawatan melibatkan pemberian perawatan kepada individu di dalam keluarga (dengan keluarga sebagai latar belakang) atau keseluruhan keluarga (dengan keluarga sebagai penerima perawatan). Dalam pelaksanaan proses asuhan keluarga, perawat dapat menerapkan pendekatan dengan menganggap semua anggota keluarga sebagai penerima perawatan dan memperlakukan keluarga sebagai suatu system (Potter et al., 2020).

Memberikan perawatan dan dukungan yang memadai bagi keluarga merupakan aspek kunci dalam melakukan penilaian keluarga. Perawat memegang peran yang penting dalam membantu keluarga beradaptasi dengan kondisi penyakit, baik itu akut, kronis, maupun terminal. Penting bagi perawat untuk memahami unit keluarga, makna penyakit bagi klien, dan peran yang dimainkan oleh keluarga. Selanjutnya, perawat perlu mengevaluasi bagaimana penyakit mempengaruhi struktur keluarga dan menentukan jenis dukungan yang diperlukan oleh keluarga.

Perawat dapat mengintegrasikan pengetahuan tentang penyakit dengan melakukan penilaian terhadap klien dan keluarganya, serta mengamati perilaku yang muncul. Dalam tahap pengkajian ini, perawat menilai bentuk dan struktur keluarga, mengeksplorasi cerita keluarga terkait anggota keluarga yang sedang sakit, menganalisis kekuatan dalam keluarga, memahami peran dan dinamika peran keluarga. Perawat perlu mengevaluasi kemampuan adaptasi klien dalam menghadapi masalah dan mencapai tugas perkembangan. Selain itu, penilaian dukungan ekonomi, baik yang berasal dari anggota keluarga maupun dari lingkungan sosial mereka, juga menjadi hal yang penting (Potter et al, 2020).

7.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dan kritis dalam pemberian asuhan keperawatan (Rohmah & Walid, 2010).

Pengkajian keperawatan keluarga merupakan tahap awal yang dilakukan oleh perawat untuk menggali informasi tentang anggota keluarga yang tengah menerima perawatan kesehatan (Riasmini et al., 2017). Pengkajian adalah proses pengumpulan informasi terkait kondisi klien atau keluarganya, yang dilaksanakan oleh perawat sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan. Pengkajian keperawatan melibatkan tindakan-tindakan seperti observasi, wawancara, dan pemeriksaan terhadap anggota keluarga (Maglaya, 2009).

Pengkajian keperawatan keluarga menurut Friedman:

1. Data Umum

Data umum berisi nama keluarga; umur kepala keluarga; alamat dan nomor kontak; pekerjaan kepala keluarga; pendidikan kepala keluarga; komposisi keluarga; genogram tiga generasi; tipe keluarga (keluarga pasangan baru beserta masalah yang terjadi pada tipe keluarga); suku bangsa dikaji terkait dengan asal suku bangsa dan mengidentifikasi budaya yang berkaitan dengan kesehatan; agama yang dianut oleh pasangan baru dan kepercayaan yang dapat mempengaruhi status kesehatan; status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik kepala keluarga maupun anggotanya dan barang-barang yang dimiliki oleh keluarga; dan aktivitas rekreasi keluarga seperti menonton televisi bersama atau mengunjungi tempat rekreasi tertentu yang intinya adalah aktivitas menyenangkan yang dilakukan oleh kedua pasangan. Masalah yang ditemukan antara lain terkait dengan perbedaan suku, budaya, ekonomi keluarga baru yang belum stabil, dan aktivitas rekreasi yang tidak terlaksana dengan baik.

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini.

Pada saat ini, keluarga sedang mengalami tahap sebagai keluarga pasangan baru dengan beberapa tugas perkembangan keluarga yang mencakup: membentuk perkawinan yang intim dan memuaskan, membangun jaringan keluarga yang harmonis, merencanakan dan menetapkan tujuan keluarga, serta memahami

perawatan prenatal (kehamilan, persalinan, dan peran sebagai orang tua). Selain itu, keluarga juga sedang membangun hubungan dengan keluarga lainnya, teman, dan kelompok sosial (Duvall & Miller, 1985).

- b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah tugas perkembangan yang belum bisa diwujudkan oleh keluarga pada poin a di atas. Masalah yang ditemukan antara lain terkait dengan hubungan intim yang kurang memuaskan, proses adaptasi yang kurang baik perihal kebiasaan dan perilaku pasangan, permasalahan dengan keluarga pasangan, dan merasa mendapat hambatan terkait dengan hubungan pertemanan.
 - c. Riwayat keluarga inti meliputi; bagaimana keluarga inti terbentuk, riwayat kesehatan suami istri seperti apakah ada penyakit keturunan, status imunisasi (terutama istri sebagai persiapan kehamilan dan persalinan), sumber pelayanan kesehatan. Masalah yang mungkin muncul antara lain saat awal pernikahan tidak ada proses komunikasi atau pengenalan yang baik dari suami istri sehingga menghambat proses adaptasi, ada riwayat sakit pada salah satu atau keduanya yang mempengaruhi status kesehatan saat ini, istri tidak mendapat imunisasi tetanus toxoid (TT), dan kurang ada akses ke pelayanan atau sumber kesehatan.
 - d. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya dapat dijelaskan mengenai riwayat kesehatan yang ada pada keluarga dari kedua pasangan baru.
3. Pengkajian Lingkungan
- a. Karakteristik rumah meliputi; luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septik tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan. Masalah yang mungkin ditemukan antara lain luas rumah dan kondisi yang tidak sesuai dengan kebutuhan, dan pasangan baru masih tinggal serumah dengan orang tua walaupun mempunyai Kartu Keluarga (KK) yang

berbeda sehingga ada keluhan terkait dengan perlakuan mertua atau anggota keluarga lainnya.

- b. Keadaan lingkungan di luar rumah menggambarkan kondisi sekitar rumah seperti kebersihan halaman, pengelolaan sampah, kondisi jalanan dan keadaan umum lingkungan sekitar.
4. Karakteristik tetangga dan komunitas merujuk pada perilaku atau kebiasaan tetangga yang mempengaruhi pasangan baru, aturan penduduk setempat serta budaya maupun kondisi masyarakat sekitar yang mempengaruhi kesehatan pasangan. Masalah yang mungkin timbul adalah adanya kesulitan beradaptasi dengan tetangga sekitar karena pasangan baru dan belum mengenal tetangga.
5. Mobilitas geografis keluarga terkait dengan perpindahan tempat tinggal pasangan baru dari awal menikah. Masalah yang bisa terjadi terkait dengan adaptasi pasangan dengan lingkungan baru ataupun penyakit akut yang diderita oleh pasangan dikarenakan mobilitas atau terpapar di lingkungan lama.
6. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat antara lain pertemuan rutin dengan anggota keluarga lainnya misalnya saat lebaran atau libur nasional, acara pernikahan atau kegiatan kemasyarakatan yang biasa dilakukan bersama seperti kerja bakti, kegiatan keagamaan, perlombaan 17 Agustus atau arisan RT serta sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat. Masalah yang mungkin ditemukan antara lain kesulitan untuk berkumpul dengan keluarga karena kesibukan yang menyebabkan perasaan kesepian, tidak bisa mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat karena tidak ada waktu luang.
7. Sistem pendukung keluarga, meliputi jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas fisik maupun psikologis yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Masalah yang mungkin ditemukan antara lain tidak adanya jaminan kesehatan nasional/asuransi kesehatan, tidak ada bantuan dari pasangan saat salah satu anggota keluarga sedang sakit.

8. Struktur Keluarga

- a. Pola komunikasi menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antarpasangan, apakah terbuka ataukah masih mengalami kesulitan dalam berkomunikasi.
- b. Struktur kekuatan keluarga menggambarkan kekuatan pasangan baru dalam menangani setiap permasalahan yang ada, baik itu dalam memutuskan tujuan, pilihan maupun tindakan yang akan dilakukan.
- c. Struktur peran (formal dan informal) seperti siapa pencari nafkah, ataupun berperan sebagai pengatur keuangan, berperan dalam merawat saat ada anggota keluarga yang sakit. Peran lain misalnya apakah salah satu pasangan berperan di lingkungan masyarakat sebagai pengurus/aparat atau tidak. Diharapkan setiap anggota keluarga menerima dan konsisten terhadap peran yang dilakukan supaya anggota keluarga merasa puas atau tidak ada konflik dalam peran. Apabila terdapat ketimpangan peran atau salah satu pasangan merasakan perannya jauh lebih berat atau tidak sesuai maka akan menjadi permasalahan.
- d. Nilai dan norma keluarga menggambarkan nilai yang dianut pasangan bisa terkait dengan kesopanan, moral, etik, budaya maupun nilai agama yang mempengaruhi status kesehatan. Nilai juga bisa dibentuk oleh pasangan baru sebagai perwujudan kesepakatan bersama dalam membangun sebuah keluarga baru. Permasalahan mungkin muncul apabila terdapat perbedaan nilai yang dianut oleh pasangan.

9. Fungsi Keluarga

- a. Fungsi afektif merujuk kepada saling mendukung antarpasangan, ungkapan kasih sayang dan saling menghargai diantara pasangan. Masalah yang mungkin muncul antara lain kurangnya ungkapan kasih sayang dari salah satu pasangan karena pada awal pernikahan komunikasi belum terbangun dengan baik sehingga salah satu pasangan merasa tidak dihargai dan tidak disayang.

- b. Fungsi sosialisasi antara lain kegiatan pasangan dengan lingkungan lain terutama dengan tetangga terdekat apakah berjalan dengan baik atau ada kendala.
- c. Fungsi perawatan kesehatan yang dikaji antara lain terkait dengan masalah kesehatan apa yang sedang dihadapi keluarga (apakah keluarga mengetahui pengertian dari penyakit, tanda gejala, faktor penyebab penyakit, serta persepsi pasangan terkait penyakit yang dirasakan), apa yang dilakukan pasangan dalam menghadapi masalah kesehatan yang sedang dialami, kemana pasangan meminta pertolongan apabila salah satu pasangan mengalami masalah kesehatan serta Tindakan apa yang dilakukan pasangan untuk mencegah timbulnya masalah kesehatan. Apabila pasangan belum mengetahui perihal penyakit, tindakan apa yang harus diambil serta kemana harus berobat maka hal ini bisa menjadi sebuah permasalahan bagi pasangan baru. Edukasi dan literasi sebelum pernikahan sangat penting dalam mencegah segala permasalahan kesehatan dalam sebuah keluarga.
- d. Fungsi reproduksi terkait dengan penggunaan alat kontrasepsi, kesiapan dan perencanaan kapan akan mempunyai anak serta berapa jumlah anak, bagaimana aktivitas seksual pasangan, ataupun masalah organ reproduksi yang mungkin dialami pasangan. Masalah yang mungkin ditemukan antara lain adalah permasalahan pada organ reproduksi, ketidaktahuan pasangan mengenai alat kontrasepsi, ketidaksiapan mempunyai anak, aktivitas seksual terganggu, orientasi seksual yang menyimpang, ataupun perilaku seksual yang menyimpang.
- e. Fungsi ekonomi terkait dengan darimana sumber penghasilan pasangan, berapa penghasilan dan pengeluaran pasangan perbulannya, bagaimana pengelolaan keuangannya (apakah mencukupi atau belum) terutama terkait dengan investasi kesehatan yang disiapkan, dan bagaimana keluarga

mengembangkan kemampuan anggota dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Pengkajian terkait fungsi ini penting sebagai dasar seorang perawat dalam merencanakan intervensi yang diambil, misalnya terkait pola diet dan penggunaan fasilitas kesehatan yang akan diambil pasangan yang mengalami permasalahan kesehatan.

- f. Fungsi keagamaan misalnya bagaimana pasangan baru menjalankan ritual ibadah keagamaan, bentuk saling mendukung dalam pelaksanaan ibadah, bagaimana pasangan memenuhi nilai religiusitas dalam kehidupan barunya sebagai pasangan, bagaimana agama bisa menjadi sebuah kekuatan pasangan dalam membangun keluarga baru.

10. Stress dan Koping Keluarga

- a. Stressor jangka panjang terkait permasalahan yang dirasakan atau yang sedang dipikirkan pasangan yang dampaknya dirasakan dalam waktu yang lama. Bisa terkait dengan kebutuhan perumahan, kendaraan, kesiapan hamil, melahirkan, mendidik dan menyekolahkan anak atau masalah penyakit kronis yang dialami salah satu pasangan.
- b. Stressor jangka pendek biasa terkait dengan masalah yang dirasakan dalam jangka waktu pendek misalnya terkait dengan bagaimana supaya bisa segera hamil, persiapan hamil, bagaimana menyambut kehamilan, bagaimana apabila ada pertanyaan terkait kehamilan dari keluarga dan orang lain.
- c. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor misalnya apakah pasangan terbiasa tidak reaktif apabila ada masalah, apa yang pasangan lakukan saat pertama kali mendapatkan masalah kesehatan, misalnya bagaimana respon pasangan saat ternyata istri tidak jadi hamil, bagaimana respon istri saat ada pertanyaan kehamilan dari mertua, atau bagaimana respon pasangan saat salah satunya sedang sakit.

- d. Strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan adalah bagaimana pasangan baru bertindak dalam menghadapi permasalahan yang datang, misalnya kopingnya adalah berdoa, saling menguatkan satu sama lain, berdiskusi berdua atau dengan keluarga besar, mencari pertolongan kepada pihak lain, atau misalnya saat salah satu pasangan sedang emosi apa yang dilakukan oleh pasangannya apakah marah, berdiam diri, menghindar atau keluar dari rumah.
11. Pemeriksaan Fisik
Dilakukan terhadap semua anggota keluarga dengan metode yang sama dengan pemeriksaan fisik di klinik/RS bisa *head to toe* atau persistem.
12. Fokus Pengkajian Data pada Keluarga Baru Menikah
Fokus pengkajian data pada pasangan baru menikah menurut Suprajitno (2004) adalah:
 - a. Kapan dan bagaimana pasangan bertemu?
 - b. Bagaimana hubungan pasangan sebelum pernikahan?
 - c. Bagaimana keputusan pasangan untuk menikah diambil?
 - d. Apakah ada hambatan yang menghalangi pernikahan mereka?
 - e. Bagaimana tanggapan anggota keluarga terhadap pernikahan mereka?
 - f. Bagaimana kehidupan di lingkungan keluarga asal termasuk orientasi keluarga dari kedua pasangan?
 - g. Siapa yang tinggal bersama dengan pasangan setelah pernikahan?
 - h. Bagaimana keterkaitan dengan saudara ipar?
 - i. Bagaimana kondisi orang tua dari masing-masing pihak dan bagaimana hubungannya dengan orang tua setelah pernikahan?
 - j. Bagaimana perencanaan memiliki anak?
 - k. Berapa durasi waktu pertemuan setiap harinya?
 - l. Bagaimana kegiatan rutin yang dilakukan oleh masing-masing individu pasangan setelah menikah?

m. Bagaimana pelaksanaan tugas dan fungsi dalam keluarga?

7.2.2 Diagnosis

Diagnosis keperawatan merujuk pada evaluasi kondisi klinis seseorang dan penilaian respons individu terhadap kesehatan atau tahap kehidupannya. Pada saat yang sama, diagnosis keperawatan juga mengenali faktor-faktor yang dapat mempengaruhi respons tersebut, baik pada tingkat individu, keluarga, atau komunitas (NANDA, 2018). Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap bagaimana individu, keluarga, atau komunitas merespons masalah kesehatan, risiko kesehatan, atau tahap kehidupan yang dihadapi oleh klien, baik yang sudah terjadi maupun yang berpotensi terjadi (PPNI, 2017).

Masalah kesehatan pada keluarga pasangan baru menurut Friedman (2014) yaitu: Penyelarasan aktivitas seksual dan peran dalam perkawinan, penyuluhan dan konseling perencanaan keluarga, serta penyuluhan dan konseling prenatal merupakan isu yang berkaitan dengan aspek komunikasi. Dalam fase perkembangan keluarga awal, beberapa isu umum melibatkan kurangnya pemahaman terkait dengan Keluarga Berencana (KB) atau perawatan prenatal, menciptakan hubungan intim yang memuaskan, membangun koneksi dengan anggota keluarga lainnya, dan merumuskan kesepakatan untuk mencapai tujuan bersama. (Harmoko, 2012). Program Perencanaan Keluarga (KB), yang juga dikenal sebagai KB, merupakan inisiatif yang membantu pasangan suami istri dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, merencanakan kelahiran anak sesuai keinginan, mengatur jarak waktu antara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. (Sulystiowati, 2012)

Jenis-jenis diagnosis keperawatan diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013): Diagnosis aktual, diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan. Diagnosis promosi kesehatan mencerminkan dorongan dan motivasi klien untuk meningkatkan keadaan kesehatannya menuju tingkat yang lebih baik atau optimal. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua kategori (PPNI, 2017):

1. **Diagnosis positif**

Diagnosis positif mencerminkan bahwa klien saat ini berada dalam kondisi sehat serta memiliki potensi untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih optimal. Istilah lain yang dapat digunakan untuk diagnosis ini adalah diagnosis promosi kesehatan. Contoh diagnosis positif atau promosi kesehatan adalah: Kesiapan peningkatan coping keluarga (D.0090), kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D.0122), kesiapan peningkatan proses keluarga (D.0123).

2. **Diagnosis negatif**

Diagnosis negatif menandakan bahwa klien saat ini mengalami kondisi kesehatan yang kurang optimal, sedang sakit, atau berisiko mengalami penyakit. Oleh karena itu, penentuan intervensi akan difokuskan pada proses penyembuhan, pemulihan, serta pencegahan terhadap kondisi kesehatan yang sedang dialami oleh klien. Diagnosis negatif terdiri dari: diagnosis aktual, diagnosis risiko.

Contoh diagnosis aktual adalah; Ketidakmampuan coping keluarga (D.0093), penurunan coping keluarga (D.0097), manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115), gangguan proses keluarga (D.0120). Sedangkan contoh diagnosis risiko adalah; Risiko kehamilan tidak dikehendaki (D.0073).

7.2.3 Perencanaan/Intervensi

Perencanaan keperawatan melibatkan penetapan tujuan umum dan tujuan khusus berdasarkan identifikasi masalah, yang kemudian dilengkapi dengan kriteria dan standar yang merujuk pada penyebabnya. Langkah selanjutnya adalah merumuskan tindakan keperawatan yang terfokus pada pencapaian kriteria dan standar tersebut. Rencana Tindakan keperawatan terhadap keluarga, meliputi kegiatan yang bertujuan (Suprajitno, 2004):

1. Mendorong kesadaran atau penerimaan keluarga terhadap masalah serta kebutuhan kesehatan melalui:
 - a. Memberikan informasi yang akurat
 - b. Mengenali kebutuhan serta harapan keluarga terkait dengan kesehatan

- c. Membangkitkan sikap emosional yang mendukung usaha kesehatan
- 2. Mendorong keluarga untuk menentukan metode perawatan yang sesuai, melalui:
 - a. Mengenali dampak yang mungkin timbul jika tidak ada tindakan
 - b. Mengenali asal-usul atau sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga.
 - c. Membahas mengenai dampak atau akibat yang dialami oleh keluarga.
- 3. Memberikan keyakinan pada diri sendiri dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit dengan cara:
 - a. Menunjukkan metode perawatan.
 - b. Memanfaatkan peralatan dan fasilitas yang tersedia di rumah.
 - c. Mengamati keluarga melaksanakan tindakan perawatan.
- 4. Memberikan bantuan kepada keluarga dalam menemukan cara untuk menciptakan lingkungan yang sehat dengan cara:
 - a. Mencari berbagai sumber yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga.
 - b. Mengubah lingkungan dengan optimal.
- 5. Mendorong keluarga agar menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia dengan cara:
 - a. Mengenalkan fasilitas kesehatan yang tersedia di sekitar lingkungan keluarga.
 - b. Memberikan dukungan kepada keluarga agar dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

A. Konseling Pra-nikah

Konseling pra-nikah adalah suatu bentuk pelatihan yang berfokus pada pengetahuan dan keterampilan, yang memberikan informasi mengenai pernikahan dengan tujuan mendukung serta meningkatkan hubungan pasangan yang akan menikah setelah pernikahan dilangsungkan (Damayanti, 2012).

Tujuan dari konseling pra-nikah adalah untuk meningkatkan kualitas hubungan sebelum pernikahan, sehingga hubungan tersebut dapat berkembang menjadi pernikahan yang stabil dan memuaskan. Konseling pranikah bertujuan memberikan wawasan kepada pasangan mengenai potensi masalah yang mungkin timbul setelah menikah, serta menyediakan informasi dan sumber daya agar mereka dapat secara efektif mencegah atau mengatasi masalah-masalah pernikahan. Hal ini diharapkan dapat mengurangi tingkat ketidakbahagiaan dalam pernikahan dan menurunkan risiko perceraian. Materi yang diberikan saat konseling pranikah (Damayanti, 2012):

1. Memberikan pasangan informasi tentang kehidupan pernikahan.
2. Mengasah kemampuan menangani pertentangan.
3. Memberikan peluang kepada pasangan untuk berbicara secara terbuka mengenai topik yang sensitif, seperti peran dan tanggung jawab dalam pernikahan, kehidupan seksual, aspek keuangan, serta hubungan dengan keluarga mertua.

B. Pemberian Imunisasi

Menghadapi pernikahan, disarankan bagi calon pengantin untuk melakukan imunisasi TT (tetanus toxoid) sebagai langkah pencegahan terhadap tetanus neonatorum. Mengingat salah satu tujuan pernikahan adalah untuk mendapatkan keturunan, maka persiapan kehamilan sebaiknya dimulai sejak wanita tersebut akan menikah. Wanita dengan risiko persalinan tinggi disarankan untuk mendapatkan minimal dua dosis vaksin TT.

Pemberian dosis kedua vaksin TT sebaiknya dilakukan dengan selang waktu minimal 4 minggu setelah pemberian dosis pertama, dan paling baik diberikan paling tidak 2 minggu sebelum waktu persalinan. Bagi ibu hamil yang sebelumnya telah mendapatkan dua dosis vaksin TT, baik saat menjadi calon pengantin atau pada kehamilan sebelumnya, dapat diberikan penyuntikan tambahan TT sekali (Cahyono, 2010).

C. Konseling Pasca Nikah

Konseling sebelum konsepsi berkembang setelah konsepsi prenatal, menjadi konseling pra-kehamilan dengan tujuan utama mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Sebelum terjadinya kehamilan, aspek-aspek pra-kehamilan seperti perencanaan dan perawatan prekonsepsi sudah dimulai. Program ini secara menyeluruh berlanjut dengan penentuan diagnosis kehamilan yang akurat, evaluasi prenatal awal, dan pengawasan melalui kunjungan prenatal selanjutnya.

Tujuan lain dari memberikan perawatan prekonsepsi adalah untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah perilaku, dan memperbaiki kebiasaan baik pada suami maupun istri terkait dengan kesehatan pra-kehamilan. Selain itu, tujuan lainnya adalah untuk memastikan kondisi kesehatan yang optimal guna menghadapi masa kehamilan. Jika sebelumnya terdapat riwayat komplikasi kehamilan, diharapkan bahwa dengan pelaksanaan asuhan prekonsepsi ini, kemungkinan munculnya komplikasi tersebut dapat dikurangi.

Perawat perlu memberikan kesempatan kepada pasangan baru untuk mengungkapkan perasaan mereka terkait kehamilan dan peran sebagai orangtua pertama kali. Melakukan konseling mengenai tanggung jawab dan peran orangtua, serta menggarisbawahi pentingnya komunikasi terbuka dalam merawat anak, adalah tanggung jawab perawat. Selain itu, perawat juga membantu pasangan baru dalam mengembangkan keterampilan merawat dan mendidik anak yang efektif dan aman.

Perawat keluarga perlu mengidentifikasi aspek-aspek yang membutuhkan pendidikan kesehatan khusus untuk membantu pasangan baru memahami perubahan yang terjadi. Ini juga melibatkan pemahaman terhadap tingkat dukungan sosial yang dimiliki oleh pasangan baru, sehingga dapat membantu dalam membangun jaringan dukungan yang diperlukan.

Perawat dapat meningkatkan pemahaman keluarga baru mengenai Keluarga Berencana (KB) melalui penyelenggaraan

pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan implementasi atau penerapan metode pembelajaran dalam konteks kesehatan. Dalam implementasinya, pendidikan kesehatan melibatkan berbagai kegiatan yang bertujuan untuk memberikan dan meningkatkan pemahaman, sikap, serta praktik yang baik kepada individu, kelompok, atau masyarakat, dengan tujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012).

Penyampaian informasi kesehatan dapat dilakukan melalui media leaflet. Leaflet adalah metode penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Fungsi leaflet adalah memberikan informasi singkat mengenai suatu masalah dan dapat diberikan atau disebar saat pertemuan-pertemuan. Penggunaan leaflet memungkinkan masyarakat untuk memperoleh pengetahuan dengan cara yang menarik, mudah disimpan, portabel, serta berisi informasi yang jelas dan singkat (Induniasih, 2017).

Edukasi terkait Keluarga Berencana (KB) cukup penting dilakukan pada pasangan baru menikah. Terdapat peningkatan pengetahuan terkait KB Ketika pasangan baru mendapatkan edukasi selama beberapa kali baik itu menggunakan media leaflet (Pramita, A. W dan Devi N., 2020; Dewi., N. A. S., dan Windyastuti E., 2021; Putri., D. K. dan Ardiani., N. D., 2022)

7.2.4 Implementasi

Pada tahap ini, disarankan agar perawat yang merawat keluarga tidak bekerja secara mandiri, tetapi melibatkan secara terpadu seluruh profesional kesehatan yang tergabung dalam tim perawatan kesehatan di rumah. Peran utama perawat dalam konteks ini adalah sebagai koordinator. Meskipun demikian, perawat juga dapat berperan sebagai pelaksana asuhan keperawatan.

Dalam fase implementasi, perawat perlu membuat kontrak sebelumnya yang telah disetujui saat diagnosis keperawatan disampaikan. Kontrak tersebut melibatkan penentuan jadwal pelaksanaan, durasi kegiatan, topik atau materi yang akan dibahas, pelaksana kegiatan, anggota keluarga yang menjadi fokus implementasi, dan kemungkinan peralatan yang perlu disiapkan

oleh keluarga. Tujuan dari langkah ini adalah untuk memastikan bahwa keluarga dan perawat sudah siap baik secara fisik maupun psikologis saat pelaksanaan implementasi dilakukan. Pemberian asuhan keperawatan keluarga oleh perawat melibatkan anggota individu di dalam keluarga dan melibatkan keluarga secara aktif dalam peran mereka. Tindakan ini mencakup beberapa aspek seperti (Riasmini et al., 2017):

1. Melaksanakan kegiatan pengenalan kasus yang memiliki kontak erat di sekitar lingkungan rumah.
2. Memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan kepada individu dan anggota keluarganya.
3. Melakukan pemantauan terhadap konsistensi dan kepatuhan dalam melaksanakan rencana pengobatan sesuai dengan program yang telah ditentukan.
4. Melaksanakan kunjungan ke rumah sesuai dengan jadwal yang telah disusun.
5. Memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung.

7.2.5 Evaluasi

Perawat mengevaluasi hasil dari penerapan asuhan keperawatan pada keluarga pasangan baru. Pertama, perawat melakukan tindak lanjut dengan memonitor perkembangan kesehatan keluarga pasangan baru setelah intervensi keperawatan dilaksanakan. Kedua, perawat mendorong keluarga untuk melakukan evaluasi mandiri, yaitu mengevaluasi sendiri perubahan yang telah terjadi terhadap kesehatan dan hubungan keluarga. Selain itu, langkah penting lainnya adalah merevisi perencanaan asuhan sesuai dengan hasil evaluasi, sehingga dapat memenuhi kebutuhan keluarga pasangan baru.

7.3 Peran dan Fungsi Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Pasangan Baru

Dalam melaksanakan perawatan, seorang perawat yang ideal diharapkan mampu menjalankan 12 peran dan fungsi yang bervariasi. Peran-peran ini tercantum dalam Undang-Undang

Republik Indonesia No. 38, tahun 2014 Tentang Keperawatan. Peran-peran tersebut mencakup perannya sebagai penyedia layanan kesehatan, pencari kasus, pendidik/penyuluh kesehatan, koordinator layanan kesehatan, konselor keperawatan, contoh yang baik (*role model*), perancang lingkungan, konsultan, advokat, manajer, peneliti, dan inovator.

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga baru menikah:

1. Pemberi asuhan keperawatan (*care provider*) berperan memberikan pelayanan kesehatan secara holistik dan interpersonal kepada pasangan apabila salah satu atau keduanya mendapatkan masalah kesehatan.
2. Penemu kasus (*case finding*) berperan dalam mendeteksi serta menemukan kasus serta membantu dalam mengidentifikasi kasus kesehatan dan memberikan intervensi yang tepat sesuai dengan kesepakatan bersama klien/pasangan baru.
3. Penyuluh (*educator*) dimana peran perawat adalah memberikan informasi yang relevan mengenai masalah kesehatan, dengan harapan terjadi perubahan perilaku menuju gaya hidup sehat dan mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Perawat bisa memberikan penyuluhan terkait dengan program KB, mempersiapkan diri menyambut kehamilan dan pola makan yang baik untuk pasangan baru yang sedang mempersiapkan kehamilan.
4. Koordinator dan Kolabolator dimana perawat bertindak sebagai koordinator pelayanan kesehatan untuk memastikan keluarga baru mendapat asuhan yang terkoordinasi. Perawat memainkan peran penting dalam mengatur semua layanan kesehatan yang diterima oleh keluarga, baik dalam berbagai program maupun melalui kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya atau anggota keluarga (Depkes, 2006). Perawat bisa berkoordinasi dan berkolaborasi dengan profesi lain seperti bidan atau dokter kandungan saat pasangan baru mendapatkan kendala terkait dengan siklus menstruasi yang bermasalah.

- a. Konselor (*counselor*) dimana perawat memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada individu atau keluarga. Memberikan konseling keperawatan dianggap sebagai metode yang efektif untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi. Perawat menerapkan metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan klien, serta melibatkan sumber daya lain seperti keluarga dalam pelaksanaan pengajaran yang telah direncanakan (Perry dan Potter, 2009). Perawat menjadi konsultan dalam memberikan saran dan panduan misalnya terkait program kehamilan. Pasangan baru dapat meminta nasehat dari perawat untuk mencari jalan keluar dari masalah kesehatan yang dihadapi pasangan.
- b. Panutan (*role model*) dimana perawat berfungsi sebagai contoh atau figur yang memberikan inspirasi dalam menjaga kesehatan dan kebersihan. Perawat perlu menjadi contoh positif dalam hal kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Mereka menunjukkan model gaya hidup sehat yang bisa diadopsi dan diikuti oleh orang lain (Fetaria, 2005). Perawat memiliki kemampuan untuk menunjukkan praktik menjaga kesehatan tubuh secara fisik dan mental, mempromosikan pola makan yang sehat, mendorong pemeliharaan berat badan yang sehat, mendukung kegiatan olahraga secara teratur, mendukung kebiasaan tanpa merokok, dan mempromosikan waktu istirahat harian serta komunikasi efektif.
- c. Advokat dimana perawat berperan sebagai advokat yang membela kebutuhan dan hak-hak kesehatan keluarga baru. Perawat diharapkan memahami harapan dan melakukan penyesuaian dalam sistem perawatan untuk memenuhi hak dan kebutuhan pasangan baru. Pemahaman yang baik terhadap hak dan kewajiban akan mempermudah tugas perawat dalam membantu pasangan baru menjadi mandiri.

- d. Manajer kasus merupakan peran di mana perawat bertindak sebagai pengelola untuk merencanakan dan melaksanakan asuhan secara efisien.
- e. Sebagai peneliti, perawat terlibat dalam peran untuk memahami serta mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga pasangan baru. Perawat memberikan pelatihan kepada pasangan baru agar dapat memahami masalah kesehatan yang sering muncul dalam keluarga, yang biasanya dipengaruhi oleh budaya yang dijalankan oleh keluarga tersebut.
- f. Sebagai agen pembaharu atau agen perubahan, perawat berperan sebagai inovator yang membawa inovasi serta perubahan dalam praktik keperawatan.

Dalam melaksanakan tugasnya, perawat juga menjalankan fungsinya sebagai berikut:

1. Fungsi independen dalam perawatan mencerminkan peran perawat yang bersifat mandiri, tidak tergantung pada individu atau tim kesehatan lainnya. Perawat diharapkan mampu memberikan dukungan terhadap identifikasi masalah atau kekurangan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia, baik yang bersifat biologis, psikologis, sosial, budaya, maupun spiritual. Fungsi ini melibatkan seluruh siklus kehidupan, mulai dari tingkat individu hingga masyarakat, mencakup aspek kebutuhan dasar pada berbagai tingkat, dari sistem organ fungsional hingga tingkat molekuler.
2. Fungsi dependen pada perawatan merujuk pada kegiatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan instruksi atau petunjuk dari anggota tim kesehatan lainnya, seperti dokter, ahli gizi, radiolog, dan profesi kesehatan lainnya.
3. Fungsi interdependen mengacu pada kolaborasi dan ketergantungan saling antara anggota tim kesehatan dalam penyediaan layanan kesehatan. Perawat berperan dalam memberikan pelayanan esensial kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mengalami masalah kesehatan. Pelayanan tersebut mencakup aspek promosi,

preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang diimplementasikan melalui proses keperawatan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

7.4 Kesimpulan dan Rekomendasi

Perawat diwajibkan mengevaluasi tingkat kepuasan pasangan baru terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan. Selain itu, perawat harus memberikan saran mengenai perubahan perilaku yang dapat mendukung kesehatan dan kesejahteraan keluarga pasangan baru. Evaluasi ini kemudian diikuti dengan penyusunan kembali rencana tindak lanjut sesuai dengan hasil evaluasi dan kebutuhan keluarga pasangan baru.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Cahyono, S.B. (2010). *Vaksinasi Cara Ampuh Cegah Penyakit Infeksi*. Yogyakarta: Kanisius
- Carpenito, L.J. (2013). *Buku saku diagnosis keperawatan*. Jakarta: EGC
- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- DEPKES RI. (2006). *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta
- Dewi, N., A., S., dan Windyastuti E. (2021). *Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Perkembangan Keluarga Pasangan Baru*.
[https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2069/1/Naskah%20Publikasi Novita%20Arsita P17139.pdf](https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2069/1/Naskah%20Publikasi%20Novita%20Arsita%20P17139.pdf)
- Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6th Edition ed). New York: Harper & Row, Publishers.
- Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga*. Jakarta: 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.
- Harmoko (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Induniasih dan Ratna., Wahyu. (2017). *Promosi Kesehatan Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Maglaya. (2009). *Family Health Nursing: The Proses*. Philipina: Argonauta Corpotaion: Nangka Marikina.
- Manurung, Lisma Nurlina. (2018). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Faktultas Ilmu Kesehatan Ump, 2010, 8-42.
<http://repository.ump.ac.id/2753/>

- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Nadirawati (2018). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga. Bandung: Refika Aditama
- NANDA. (2018). NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. (T. H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (11th ed.). Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta
- PPNI. (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Potter & Poerry. (2002). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Praktik*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC
- Potter & Perry, A.G. (2013). Buku Ajar Fundamen Keperawatan: Konsep dan Praktik. Jakarta: EGC
- Potter, Perry, S., & Hall, &. (2020). Dasar-dasar keperawatan. In D. D. Enie Novieastari, Kusman Ibrahim, Sri Ramdaniati (Ed.) (9 ed.). Elsevier.
- 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.
- Pramita, Q. W. dan Devi., N. (2020). Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tahap Perkembangan Keluarga baru. <https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1173/1/Naspub%20Keluarga%20baru.pdf>
- Putri., D. K, dan Ardiani., N. D. (2022). Asuhan Keperawatan Keluarga dalam Tahap Perkembangan Keluarga Baru. <https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2855/1/NASPub Devin a%20kurnia P19113 P19C.pdf>
- RI, Undang-Undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38782/uu-no-38-tahun-2014>
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas

- dan Masyarakat. (J. Sahar, Riyanto, & W. Wiarsih, Eds.). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Rohmah, N., & Walid, S. (2016). *proses keperawatan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Setiana. (2016). Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Jakarta: Trans Info Media
- Sulistyawati, A. (2012). Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Salemba Medika
- Suprajitno. (2004). Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik. Jakarta: EGC
- Wardani, N. E. K., Irawati, D., & Wayanti, S. (2019). Pengaruh Konseling Terhadap Pengetahuan dan Sikap Calon Akseptor KB dalam Pemilihan AKDR Post Plasenta. *Pamator Journal*, 12(1), 1-4.

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN KELAHIRAN ANAK PERTAMA

Oleh Nur Andani

8.1 Pendahuluan

Keperawatan keluarga merupakan serangkaian kegiatan yang ditawarkan kepada keluarga sebagai bagian dari praktik keperawatan (Buddi A, 2018). Tujuan keperawatan keluarga adalah membantu menyelesaikan masalah yang berorientasi pada proses dengan melalui pendekatan kesehatan keluarga. Perawat harus memahami sifat dan struktur keluarga serta seberapa sukses keluarga dalam menjalankan tugasnya ini bertujuan agar pelayanan kesehatan yang ditawarkan dapat diterima oleh keluarga, dengan demikian diperlukan pemahaman setiap fase perkembangan keluarga dan tugas-tugas perkembangan dalam keluarga. Dalam menentukan seberapa baik keluarga memenuhi tugas-tugas perkembangannya merupakan tujuan dari penilaian pengasuhan keluarga. Suami Istri dan hal ini keluarga baru tercipta ketika seorang laki-laki dan seorang perempuan membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan tidak bergantung lagi dengan keluarga mereka sebelumnya (Mubarak, 2020).

Hal terpenting dalam pelayanan kesehatan, khususnya keperawatan ialah keikutsertaan keluarga dalam Proses keperawatan mulai dari pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok atau komunitas, tanpa memperhatikan sakit atau sehat pada kelompok tersebut (UUD Keperawatan, 2024). Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011) keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, tempat utama seseorang proses mengetahui dan memahami kehidupan lapisan bermasyarakat (Zakaria, 2017).

Mempersiapkan diri untuk memulai sebuah keluarga baru memerlukan adaptasi sehari-hari baik segi peran dan fungsi termasuk hidup belajar bersama dengan kebiasaan diri sendiri dan pasangan dituntut untuk beradaptasi. Suami dan istri masing-masing ketika dihadapkan pada perpisahan dengan keluarga dan orang tua, mulai membangun hubungan sosialisasi baru dengan keluarga dan masyarakat sosial lainnya (Setiawati, 2018).

Fase peralihan dari peran pasangan baru ke peran orang tua dengan status keluarga kelahiran anak pertama ini biasanya dihadapkan dengan Kurangnya persiapan suami dan istri yang memiliki anak pertama berarah negatif terhadap tumbuh kembang anak. Di Provinsi Sulawesi Selatan, stunting terjadi 35,9% dipengaruhi oleh minimnya status sosial ekonomi masyarakat, kurangnya pengasuhan orang tua yang baik, dan kurangnya makanan bergizi (Andriyani, 2021).

8.2 Defenisi

Menurut Duwal & Müller, (1985) dalam Friedman, (2022) keluarga *childbearing* ialah keluarga yang dimulai sejak lahirnya anak ke-1 dan berlangsung hingga anak tersebut berumur 30 bulan. keluarga kelahiran anak pertama ini adalah keluarga yang berada pada tahap kembang fase kedua.

Fase kedua peralihan menjadi orang tua ini adalah tentang proses belajar dalam penerimaan pertumbuhan dan perkembangan anak yang menyenangkan. Para orang tua yang baru saja melahirkan anak pertama akan membutuhkan bimbingan dan dukungan dari orang-orang sekitar. Orang tua perlu memahami tugas dan kewajiban apa saja yang perlu diselesaikan oleh anak dan apa saja kebutuhan anak dalam hal keselamatan diri, pengendalian diri, serta pelatihan menggunakan toilet atau *toilet training*. Orang Tua perlu belajar dan memahami konsep kesiapan perkembangan, serta “waktu yang tepat untuk mengajar mereka.” Pada waktu yang sama, orang tua memerlukan waktu yang ekstra untuk belajar dalam memahami tugas-tugas yang perlu mereka lakukan pada fase dua ini. (Andriyani, 2021).

8.3 Tahap Perkembangan Keluarga ‘*Childbearing*’ (Kelahiran Anak Pertama)

Tahapan perkembangan keluarga dibagi sesuai fase yang dilalu keluarga, seperti keluarga yang memiliki anak pertama berbeda dengan halnya keluarga yang memiliki anak sekolah dan anak dewasa. Walaupun keluarga melalui tahapan perkembangan yang berbeda-beda, secara general semua keluarga dapat mengikuti pola atau aturan yang sama. Setiap tahap perkembangan memerlukan tugas dan fungsi masing masing fase perkembangan. Keluarga hamil mengawali masa kehamilan hingga partus anak pertama dan dilanjutkan hingga anak pertama mencapai usia 30 bulan atau 2,5 tahu, hal ini sesuai dengan tahap perkembangan keluarga *childbearing* (Andriyani, 2021).

Laki-laki dan perempuan mempersiapkan kehamilan dan kelahiran anak pertama mereka dengan memperhatikan perkembangan anak sesuai dengan fase. Kelahiran anak pertama membawa perubahan besar dalam keluarga, sehingga suami dan istri harus menyesuaikan perannya dengan kebutuhan perkembangan anak. Seringkali pasangan merasa terabaikan karena perhatian kedua pasangan tertuju pada sang anak hal ini biasa terjadi setelah melahirkan seorang anaka. Suami merasa belum siap dan belum sanggup menjadi seorang ayah dan sebaliknya sang istri belum siap menjadi seorang ibu hingga dikenal dengan baby Blous. Peran utama perawat keluarga adalah mengkaji peran orang tua yang kedua bagaimana orang tua berinteraksi dan merawat anak dan bagaimana perkembangan anak dalam merespons mereka. Perawat mengedukasi untuk membina hubungan yang positif dan penuh kasih sayang antara orang tua dan anak sehingga dapat dibangun hubungan kasih sayang dengan penuh cinta antara anak dan orang tua. (Dewi S, 2020).

8.4 Tugas Perkembangan *Childbearing*

1. Beradaptasi dengan Perubahan Anggota Keluarga (Peran, Interaksi, Seksualitas, dan Aktivitas hubungan yang memuaskan dengan pasangan)
2. Pembagian peran dan tanggung jawab terhadap anak dengan memberikan sentuhan serta kehangatan

3. Edukasi suami istri mengenai pertumbuhan dan perkembangan anak dengan perannya seba
4. Konseling Keluarga Berencana 6 minggu setelah kelahiran.
5. Penataan kamar untuk anak.
6. Biaya atau sumber tunjangan anak.
7. Mempermudah mempelajari peran anggota keluarga. Ikuti adat istiadat agama secara teratur.

Sedangkan menurut Carter dan McGoldrick, (1985) dalam (Friedman, 2022) tugas perkembangan pada fase ini yakni:

1. Menjadikan keluarga baru sebagai satu kesatuan yang tetap (menerima anak baru ke dalam keluarga).
2. Rekonsiliasi konflik tugas perkembangan dan kebutuhan anggota keluarga
3. Pertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
4. Memperluas silaturahmi keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua dan kakek-nenek.

Dalam hal ini, peran orang tua dapat dimulai sejak kehamilan dan diperkuat setelah kelahiran anak. Sejak awal, orang tua harus mengenali hubungannya dengan anaknya. Periode berikutnya bagi orang tua mungkin merupakan masa membangun unit keluarga bersama. Periode konsolidasi ini mencakup negosiasi peran (suami, istri, ibu, ayah, kakak atau adik) untuk menciptakan ikatan. Periode saat ini membutuhkan waktu (Dewi S, 2020).

8.5 Peran Perawat dalam Perkembangan Keluarga *Childbearing*

Keperawatan keluarga memiliki peranan penting dalam pemberian asuhan keluarga. Peran perawat pada fase ini antara lain memberikan bantuan dan pendidikan: (Mubarak dkk, 2020):

1. Menentukan pola makan yang tepat untuk ibu hamil dan anak
2. Deteksi dini masalah kesehatan anak dan cara mengatasinya
3. Vaksinasi yang diperlukan untuk anak-anak,

4. Jawaban bijak keluarga, bahkan keluarga inti untuk Memenuhi kebutuhan anak khususnya ibu yang bekerja atau *mom working*.

Komunikasi Orang Tua dengan sang Anak

Komunikasi Orang Tua kepada Anak tersebut diperjelas dengan reaksi komunikatif antara suami, istri dan anak. Komunikasi tersebut meliputi (Arain dkk, 2019):

1. *Toching*/Sentuhan
Ssentuhan sering kali digunakan oleh orang tua untuk mengenali bayi baru lahir.
2. *Eyes Contack*/ Kontak mata
3. *Noice*/Suara
4. Bau/Aroma

8.6 Dignosa yang Sering Muncul pada *Childbearing*

1. Hubungan intim suami istri dan sosial kurang efektif.
Seks antar pasangan umumnya menurun selama kehamilan dan 6 minggu setelah kelahiran. Kesulitan seksual pada masa nifas merupakan fenomena yang umum terjadi akibat peran baru sebagai ibu, kelelahan dan perasaan kehilangan minat seksual. Selama ini, sang suami merasa ditinggalkan atau tersisih.
2. Pasangan Merasa tidak mendapatkan Perhatian.
Kebanyakan suami umumnya tidak terlibat dalam proses kehamilan hingga kelahiran, yang tampaknya mengakibatkan laki-laki terlambat melakukan peran penting sehingga adanya keterlibatan emosional.
3. Memburuknya Konflik
Memburuknya konflik. Dengan hadirnya seorang anak, maka terbentuklah pola-pola baru dalam komunikasi perkawinan, suami dan istri menghadapi pasangannya sebagai pasangan hidup dan sebagai orang tua dalam hubungan timbal baliknya. Pola pemukiman kembali berubah secara dramatis. Feldman, (1962) mengamati bahwa orang tua dari anak-anak tersebut lebih sedikit

berbicara, lebih sedikit melakukan percakapan yang menyenangkan dan merangsang, dan kualitas interaksi perkawinan mereka menurun. Beberapa orang tua merasa terbebani dengan meningkatnya tanggung jawab dan kebutuhan. Terutama suami dan istri yang bekerja

8.7 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Kelahiran Anak Pertama

8.7.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah terpenting dalam proses perawatan karena merupakan awal identifikasi keluarga terhadap informasi keluarga yang ada. Oleh karena itu dalam hal ini Mahasiswa harus memahami sepenuhnya ruang lingkup, metode, instrumen dan format penilaian. Data yang dikumpulkan meliputi: (Santun Setiawan, 2011)

1. Identitas Umum
2. Riwayat perkembangan
3. Mekanisme Koping
4. Struktur Family
5. Fungsi-fungsi dalam Keluarga
6. Stressor Family
7. Harapan
8. Data lain-lain
9. Pemeriksaan fisik head to toe

Berdasarkan hasil pendataan tersebut akan dapat diketahui permasalahan kesehatan yang dihadapi keluarga (Allies, 2018).

8.7.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa mungkin muncul (SDKI, 2018)

1. Gangguan makan/nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2. Disfungsi seksual
3. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
4. Menyusui tidak efektif
5. Risiko cedera
6. Perubahan tampilan peran
7. Gangguan komunikasi verbal

8.7.3 Intervensi

1. Diagnosa : Defisiensi pengetahuan merawat bayi berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan Kesehatan Tujuan : Dapat merawat bayi dengan optimal
2. Intervensi
 - a. Mengedukasi ayah dan ibu tentang kebutuhan dan kemampuan anak.
 - b. Menunjukkan cara mengasuh anak yang benar.
 - c. Memberikan contoh tanggapan yang sesuai dengan ciri-ciri perilaku anak.
 - d. Beritahukan kepada orang tua mengenai tumbuh kembang yang normal.
 - e. Mengajari orang tua keterampilan yang diperlukan untuk merawat anak mereka (misalnya menyusui dan merawat kulit).
3. Diagnosa : Ketidakefektifan menyusui berhubungan dengan ketidak mampuan mengubah lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga
Tujuan: Memberikan ASI Eksklusif kepada bayi di bawah usia 6 bulan
4. Intervensi
 - a. Edukasi ibu tentang teknik menyusui yang benar hal ini akan meningkatkan keterampilan menyusui bayinya.
 - b. Pertimbangkan teknik relaksasi, posisi nyaman, stimulasi refleks rooting, pastikan bayi sudah bangun sebelum menyusu, bersendawa, anjurkan bayi untuk terus menyusui, dan bergantian menyusui dengan kedua payudara.
 - c. Memberi tahu ibu tentang pompa payudara dan teknik mempertahankan pemberian ASI apabila refleks menyusu bayi tertunda atau terganggu.
 - d. Beritahu ibu tentang perlunya istirahat yang cukup dan asupan cairan.

8.8 Kesimpulan

Menurut Duwal & Miller (1985) dalam Friedman (2002), keluarga yang dimulai sejak lahirnya anak pertama dan berlangsung hingga usia 30 bulan. Keluarga pembiakan adalah keluarga yang berada pada tahap perkembangan kedua.

Tahapan perkembangan keluarga dibagi menurut kurun waktu tertentu yang dianggap stabil, misalnya keluarga yang mempunyai anak pertama berbeda dengan keluarga yang mempunyai anak remaja. Meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangan yang berbeda-beda, secara umum semua keluarga mengikuti pola yang sama. Setiap tahap perkembangan memerlukan tugas dan fungsi yang sudah dikenal untuk maju melalui tahap tersebut. Fase reproduksi perkembangan keluarga meliputi keluarga yang menunggu kelahiran, mulai dari kehamilan sampai dengan kelahiran anak pertama hingga anak pertama mencapai usia 30 bulan (3,2 tahun) merupakan tahap perkembangan keluarga *childbearing*.

Peran perawat pada fase ini adalah antara lain: (Mubarak dkk, 2011):

1. Edukasi tentang nutrisi yang tepat untuk ibu hamil dan anak
2. Mengenali sejak dini permasalahan kesehatan anak dan cara mengatasinya
3. Vaksinasi yang diperlukan untuk anak-anak,
4. Interaksi keluarga, keluarga berencana dan cara Memenuhi kebutuhan anak khususnya ibu bekerja.

Saran

Sebagai perawat hendaknya kita selalu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga yang memiliki anak pertama agar dapat membangun hubungan keluarga yang harmonis di kemudian hari.

DAFTAR PUSTAKA

- Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. 2011. *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Setiawati, Satun, dkk. 2008. *Penutun Praktis Asuhan Keperawatan Keluaraga*. Jakarta: Trans
- Friedman. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktek, Edisi kelima, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*, Jakarta
- A illies, D.A. *Nursing Management: a System Approach. 2th*. Philadelphia.
W.B. Saunders Company. (edisi bahasa Indonesia). 1998
- Arain, M., Nicholl, J., & Campbell, M. (2013). Nurses's Experience and Satisfaction With GP Led Walk-in Centres in the UK; A Cross Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 13(142), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-142>
- Budi Anna Keliat, Iin Inayah, Dewi Gayatri . Motivasi Kerja Meningkatkan Asuhan Keperawatan. Volume 14. Jurnal Keperawatan Indonesia. 2021
- Dahlan, M. S. (2014). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi Menggunakan SPSS* (6th ed.). Epidemiologi Indonesia.
- Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2015). Cross-Cultural Adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: Experimental Study Showed Expert Committee, Not Back-Translation, Added Value. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 360–369. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013>
- Fawcett, J., & Garity, J. (2009). *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. F. A. Davis Company.

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN ANAK REMAJA

Oleh Prishilla Sulupadang

9.1 Pendahuluan

Saat ini, banyak hal yang menjadi tantangan dan dapat mempengaruhi kesehatan anak di tatanan keluarga diantaranya yaitu akses ke pelayanan kesehatan, kesenjangan kesehatan, kognitif, faktor sosial, faktor emosional baik dalam keluarga maupun masyarakat serta faktor lingkungan dan ekonomi seperti kemiskinan. Terlebih khusus bagi keluarga yang memiliki anak remaja tantangan utamanya yaitu berupa perubahan perkembangan yang dialami anak remaja seperti perkembangan kognitif, pembentukan identitas serta pertumbuhan biologis (Marcdante, K., Kliegman, Robert M., & Schuh, 2022).

Selain itu, pada tahapan keluarga dengan anak remaja dapat dikatakan sebagai tahapan perkembangan keluarga yang lebih sulit dari tahapan lainnya dikarenakan pada tahap ini orangtua sudah harus mulai melepaskan otoritasnya dan mulai membimbing anaknya untuk belajar bertanggung jawab. Anak remaja diartikan sebagai seseorang yang akan masuk keusia dewasa muda yang mulai memiliki otonomi, memiliki rasa ingin tahu dan mencoba hal baru yang tinggi, serta mereka ingin mengatur kehidupannya sendiri namun masih membutuhkan bimbingan dari orangtua (Kyle, T., & Carman, S., 2021).

Tugas dan fungsi perawat dalam menangani masalah tersebut di tatanan keluarga yaitu memberikan asuhan keperawatan dengan melakukan pendekatan holistik yang memperhatikan aspek fisik, emosional, sosial, dan mental remaja serta interaksi mereka dalam lingkungan keluarga.

9.2 Defenisi remaja

Masa remaja adalah periode transisi yang ditandai dengan perkembangan fisik, kognitif, sosial, dan emosional yang cepat menuju kedewasaan. Pada masa ini, anak laki-laki dan perempuan mengalami pematangan dalam berbagai aspek kehidupan mereka, termasuk persiapan untuk memasuki dunia dewasa (Hockenberry, Marilyn J., Wilson, D., Rodgers, Cheryl, 2021). Batasan yang tepat dari remaja sulit untuk didefinisikan. Akan tetapi periode ini biasanya dimulainya dengan masa pubertas yang merupakan serangkaian perubahan fisik dan hormon yang mengarah pada kedewasaan seksual dan reproduksi seseorang yang terjadi pada usia sekitar 11 atau 12 tahun dan berakhir dengan berhentinya pertumbuhan tubuh pada usia 18 hingga 20 tahun atau ketika seorang individu telah mencapai identitas dan perilaku orang dewasa yang diterima dalam masyarakat (Bowden and Greenberg, 2013).

9.3 Perkembangan Remaja

Beberapa perkembangan yang sangat identik terjadi pada masa remaja yaitu (Hockenberry, Marilyn J., Wilson, D., Rodgers, Cheryl, 2021):

1. Perkembangan biologis yang terdiri dari
 - a. Perubahan hormon pada masa pubertas: Peristiwa pubertas disebabkan oleh pengaruh hormonal dan dikontrol oleh hipofisis anterior (adenohipofisis) sebagai respons terhadap rangsangan dari hipotalamus. Stimulasi gonad memegang peran penting dalam dua fungsi utama dalam tubuh:
 - 1) Produksi dan Pelepasan Gamet: Fungsi pertama dari stimulasi gonad adalah untuk memfasilitasi produksi dan pelepasan gamet, yaitu sel reproduksi. Pada pria, stimulasi ini menyebabkan produksi dan pelepasan sperma dari testis. Sedangkan pada wanita, stimulasi gonad menginduksi pematangan dan pelepasan sel telur (ovum) dari ovarium.
 - 2) Sekresi Hormon Seks: Fungsi kedua dari stimulasi gonad adalah untuk mengatur sekresi hormon seks

yang sesuai dengan jenis kelamin individu. Pada wanita, ovarium menghasilkan hormon estrogen dan progesteron, yang memainkan peran penting dalam siklus menstruasi, perkembangan organ reproduksi, dan keseimbangan hormonal. Pada pria, testis menghasilkan hormon testosteron, yang bertanggung jawab atas perkembangan karakteristik seksual sekunder, seperti pertumbuhan rambut tubuh, perubahan suara, dan pertumbuhan otot.

- b. Pematangan Seksual pada anak remaja berbeda berdasarkan jenis kelaminnya. Pada anak perempuan pematangan seksual dapat dilihat dengan terjadinya perubahan ukuran payudara, peningkatan tinggi dan berat badan yang cepat, pertumbuhan rambut kemaluan, munculnya rambut ketiak, dan terjadinya menstruasi. Sedangkan pada remaja laki-laki terjadi pembesaran testis, pertumbuhan rambut kemaluan, rambut ketiak, rambut di bibir atas atau kumis serta tumbuh rambut disekitar wajah/jenggot, terjadi peningkatan tinggi badan yang cepat, perubahan pada laring yang mengakibatkan perubahan suara, serta terjadi emisi nokturnal/mimpi basah (Dewi, R. C., Oktiawati, A., & Saputri, L. D., 2015).
- c. Pertumbuhan fisik pada anak remaja ditandai dengan terjadinya pertambahan tinggi badan secara drastis yaitu sekitar 20%-25%. Pertumbuhan fisik bervariasi dalam hal usia, durasi, dan luasnya (Khadijah & Amelia, 2020). Percepatan pertumbuhan pada anak perempuan biasanya dimulai pada usia 9 dan 14 tahun sedangkan pada anak laki-laki dimulai usia 10 dan ada juga yang dimulai pada usia 16 tahun.
- d. Perubahan fisiologis. Sejumlah fungsi fisiologis berubah sebagai respons terhadap beberapa perubahan pubertas. Pada masa remaja terjadi perubahan ukuran dan kekuatan jantung, volume darah, tekanan darah sistolik dan denyut nadi, serta peningkatan masa otot yang sangat nampak pada remaja laki-laki (Andriana, 2017).

2. Perkembangan Psikososial. Menurut erikson, perkembangan psikososial yang terjadi pada masa remaja yaitu identitas vs Kekacauan/kebingungan identitas. Pada tahap ini, anak remaja menghadapi proses yang disebut pencarian identitas diri atau pengembangan identitas ego. Ini merupakan fase penting di mana anak-anak mulai mencari dan membentuk identitas mereka sendiri, termasuk pemahaman tentang siapa mereka, apa yang mereka inginkan, dan arah ke mana kehidupan mereka akan menuju di masa depan. Anak-anak memperluas lingkungan sosial mereka, tidak hanya berinteraksi dengan keluarga dan teman-teman sekolah, tetapi juga mulai terlibat dalam lingkungan masyarakat yang lebih luas. Mereka terpapar pada berbagai pengaruh dari budaya, nilai, dan harapan sosial (Indriyani, Dian; Sulupadang, Prishilla; Juwita, Helmi; Yulidar, Elfina; Rahayu, Emma Sitti; Maharani, Shinta; Safitri, Defi Eka; Asmarawanti; Sarimin, Dorce Sisfiani; Purwati, Nyiman Heni; Kasmawati; & Ningsih, 2024).
3. Perkembangan kognitif. Pemikiran kognitif mencapai puncaknya dengan kemampuan berpikir abstrak. Remaja tidak lagi terbatas pada hal yang nyata dan aktual, namun mereka juga peduli dengan kemungkinan yang akan terjadi. Mereka menjadi semakin mampu bernalar secara ilmiah dan logika formal. Dengan kata lain, perkembangan kognitif pada remaja melibatkan perubahan signifikan dalam cara remaja memahami dan memproses informasi, serta kemampuan mereka dalam memecahkan masalah, berpikir abstrak, dan membuat keputusan (Dewi, R. C., Oktawati, A., & Saputri, L. D., 2015).
4. Perkembangan Moral. Perkembangan moral pada anak remaja merupakan bagian penting dari perkembangan kepribadian mereka. Proses ini melibatkan pembentukan pemahaman tentang moralitas, nilai-nilai, dan etika yang membentuk dasar bagi perilaku mereka dalam masyarakat (Kyle, T., & Carman, S., 2021). Berikut adalah beberapa hal yang dapat dipertimbangkan terkait perkembangan moral pada anak remaja (Kyle, T., & Carman, S., 2021):
 - a. Pemahaman Moral: Remaja mulai memperluas pemahaman mereka tentang konsep moral, baik dalam

konteks individual maupun sosial. Mereka mulai mempertanyakan dan mengeksplorasi arti dari benar dan salah, serta memahami implikasi dari tindakan-tindakan moral.

- b. Identifikasi Nilai dan Prinsip: Anak remaja mulai mengidentifikasi nilai-nilai yang penting bagi mereka sendiri. Mereka mulai menginternalisasi prinsip-prinsip moral dan etika yang mereka lihat dari lingkungan mereka, seperti keluarga, sekolah, dan media.
- c. Pengaruh Teman Sebaya dan Kelompok: Interaksi dengan teman sebaya dan anggota kelompok sosial juga memainkan peran penting dalam perkembangan moral remaja. Mereka mungkin dipengaruhi oleh norma-norma sosial dan moral kelompok mereka, yang dapat memengaruhi perilaku dan keputusan mereka.
- d. Pengalaman Empati: Anak remaja mulai mengembangkan kemampuan untuk memahami perasaan dan pengalaman orang lain. Ini membantu mereka dalam memahami perspektif orang lain dan mempertimbangkan konsekuensi etis dari tindakan mereka.
- e. Pertimbangan Etika dalam Pengambilan Keputusan: Remaja mulai menghadapi keputusan-keputusan yang melibatkan pertimbangan etika, baik dalam kehidupan sehari-hari maupun dalam situasi yang lebih kompleks. Mereka belajar mengevaluasi konsekuensi moral dari pilihan-pilihan yang mereka buat.
- f. Pengaruh Lingkungan Keluarga: Lingkungan keluarga memainkan peran kunci dalam pembentukan moral remaja. Nilai-nilai yang diajarkan dan dimodelkan oleh orang tua dan anggota keluarga lainnya dapat membentuk dasar bagi pemahaman moral anak remaja.
- g. Refleksi dan Pembelajaran dari Kesalahan: Anak remaja mulai memahami pentingnya refleksi dan pembelajaran dari kesalahan moral yang mereka lakukan. Ini membantu mereka dalam pengembangan tanggung jawab pribadi dan pertumbuhan moral.

5. Perkembangan Spiritual. Perkembangan spiritual pada anak remaja merupakan bagian penting dari pertumbuhan mereka secara holistik. Hal ini mencakup pemahaman dan eksplorasi tentang nilai-nilai, makna hidup, hubungan dengan sesuatu yang lebih besar dari diri sendiri, dan pemahaman tentang moralitas dan etika (Dewi, R. C., Oktiawati, A., & Saputri, L. D., 2015). Berikut adalah beberapa aspek perkembangan spiritual pada anak remaja (Hockenberry, Marilyn J., Wilson, D., Rodgers, Cheryl, 2021):
- a. Pencarian Makna Hidup: Remaja mulai bertanya tentang makna hidup dan tujuan keberadaan mereka. Mereka mencari pemahaman yang lebih dalam tentang arti hidup, tujuan, dan makna eksistensi.
 - b. Pertumbuhan Dalam Keyakinan dan Spiritualitas: Anak remaja mungkin mulai mengembangkan atau mengeksplorasi keyakinan dan praktik spiritual yang kohesif bagi mereka. Ini bisa mencakup keterlibatan dalam praktik keagamaan, meditasi, refleksi pribadi, atau pencarian makna melalui seni, musik, atau sastra.
 - c. Koneksi dengan Sesuatu yang Lebih Besar dari Diri Sendiri: Remaja mungkin merasa tertarik untuk mengembangkan hubungan yang lebih dalam dengan sesuatu yang lebih besar dari diri mereka sendiri, seperti alam, alam semesta, atau gagasan tentang spiritualitas transenden.
 - d. Pertimbangan Etis dan Moral: Aspek spiritual juga mencakup pemahaman tentang moralitas dan etika. Remaja mungkin mulai mengevaluasi tindakan mereka berdasarkan nilai-nilai spiritual dan etika yang mereka anut.
 - e. Krisis Spiritual: Beberapa remaja mungkin mengalami krisis spiritual, di mana mereka meragukan keyakinan dan nilai-nilai yang mereka terima dari lingkungan mereka. Ini bisa menjadi bagian dari proses pencarian dan pertumbuhan spiritual mereka.
 - f. Refleksi dan Eksplorasi: Anak remaja dapat mulai melakukan refleksi dan eksplorasi lebih dalam tentang

identitas spiritual mereka melalui pembacaan, diskusi, atau pengalaman langsung.

- g. Pengaruh Lingkungan Keluarga dan Komunitas: Lingkungan keluarga dan komunitas memainkan peran penting dalam perkembangan spiritual anak remaja. Nilai-nilai, keyakinan, dan praktik spiritual yang diajarkan dan dimodelkan oleh orang tua dan lingkungan sekitarnya dapat membentuk dasar bagi pertumbuhan spiritual mereka (Bowden and Greenberg, 2013).
6. Perkembangan sosial. Remaja ingin tumbuh dewasa dan bebas dari kekangan orang tua, tetapi mereka takut saat mereka mencoba memahami tanggung jawab yang terkait dengan kemandirian (Marcdante, K., Kliegman, Robert M., & Schuh, 2022). Penerimaan oleh teman sebaya, beberapa teman dekat, dan cinta yang aman dari keluarga yang mendukung adalah syarat untuk pematangan interpersonal pendewasaan. Berikut adalah beberapa aspek penting dari perkembangan sosial pada anak remaja (Hockenberry, Marilyn J., Wilson, D., Rodgers, Cheryl, 2021):
 - a. Hubungan dengan Teman Sebaya: Remaja mulai memainkan peran yang lebih besar dalam kehidupan sosial mereka, dan teman sebaya menjadi sumber dukungan sosial yang penting. Mereka belajar tentang kerjasama, negosiasi, dan kompromi dalam hubungan dengan teman sebaya.
 - b. Hubungan dengan orangtua: Pada masa remaja, hubungan antara orangtua dan anak mulai berubah dari menyayangi dan persamaan hak. Hal ini merupakan dampak dari proses mencapai kemandirian pada remaja yang seringkali melibatkan kekacauan dan ambiguitas karena baik remaja maupun orangtua belajar untuk menampilkan peran yang baru serta berusaha menjalankan peran tersebut sampai selesai. Dalam proses tersebut tidak jarang menimbulkan rangkaian kerenggangan yang menyakitkan.
 - c. Pencarian Identitas Sosial: Anak remaja mencari identitas sosial mereka, yang mencakup bagaimana mereka dilihat oleh orang lain dan bagaimana mereka ingin dikenal di

dalam lingkungan sosial mereka. Hal ini sering melibatkan eksplorasi dalam kelompok sosial yang berbeda-beda (Bowden and Greenberg, 2013).

- d. Kemandirian dalam Hubungan Keluarga: Meskipun remaja masih terhubung dengan keluarga mereka, mereka mulai mencari lebih banyak otonomi dan kemandirian. Proses ini bisa menghasilkan konflik dengan orang tua, tetapi juga membantu remaja untuk mengembangkan kemampuan pengambilan keputusan dan tanggung jawab pribadi.
- e. Pengembangan Keterampilan Sosial: Anak remaja belajar keterampilan sosial yang penting, seperti komunikasi efektif, negosiasi, empati, dan resolusi konflik. Ini membantu mereka dalam membangun hubungan yang sehat dan bermakna dengan orang lain.
- f. Pengaruh Media Sosial: Media sosial memainkan peran yang signifikan dalam kehidupan sosial remaja. Mereka menggunakan platform ini untuk berinteraksi dengan teman sebaya, mengekspresikan diri, dan mencari informasi. Namun, penggunaan media sosial juga dapat memperkenalkan risiko seperti cyberbullying dan tekanan sosial.
- g. Pemahaman tentang Seksualitas dan Identitas Gender: Remaja mulai memahami dan menjelajahi aspek-aspek seksualitas dan identitas gender mereka. Proses ini seringkali dipengaruhi oleh norma-norma sosial dan budaya, serta pengalaman pribadi mereka.
- h. Partisipasi dalam Kegiatan Sosial dan Komunitas: Anak remaja dapat mulai terlibat dalam berbagai kegiatan sosial dan komunitas, seperti kegiatan sukarela, organisasi siswa, atau klub olahraga. Ini membantu mereka merasa terhubung dengan masyarakat dan membangun keterampilan kepemimpinan.

9.4 Pengkajian Keluarga Dengan Anak Remaja

Pengkajian merupakan sebuah proses menggali informasi yang dilakukan secara terus menerus/berkelanjutan dan bertahap untuk mendapatkan data-data yang dibutuhkan sehingga dapat

digunakan untuk memprediksi masalah dan tindakan yang akan dilakukan. Pengkajian keperawatan keluarga memiliki dua tahapan yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara bersamaan yaitu (Bakri, 2020):

1. Tahapan pertama berfokus pada masalah kesehatan keluarga. Dalam tahap ini, perawat melakukan identifikasi dan analisis terhadap masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarga. Masalah-masalah tersebut bisa beragam, mulai dari masalah fisik, psikologis, hingga sosial. Perawat akan melakukan pengamatan dan pengumpulan informasi terkait kondisi kesehatan keluarga secara menyeluruh.
2. Tahapan yang kedua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga yakni:
 - a. Menjaga kebersihan dan kesejahteraan keluarga.
 - b. Menjaga kelangsungan dan keberlanjutan komunikasi dalam keluarga
 - c. Menjaga pemenuhan kebutuhan keluarga
 - d. Menjaga keselamatan dan perlindungan anggota keluarga
 - e. Menjaga dan meningkatkan kesejahteraan keluarga

Selain dua tahapan tersebut, data dasar yang dipergunakan dalam mengkaji status keluarga secara umum, antara lain:

1. Struktur dan karakteristik keluarga: Ini mencakup informasi tentang jumlah anggota keluarga, hubungan antara anggota keluarga, dan peran serta tanggung jawab masing-masing anggota keluarga dalam rumah tangga
2. Sosial, ekonomi, dan budaya: Ini termasuk informasi tentang kondisi sosial ekonomi keluarga, seperti pendapatan, pendidikan, pekerjaan, serta nilai-nilai budaya dan kebiasaan yang memengaruhi dinamika keluarga.
3. Faktor lingkungan: Ini mencakup informasi tentang lingkungan fisik dan sosial di mana keluarga tinggal, termasuk akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, serta keamanan lingkungan
4. Riwayat kesehatan dan medis dari setiap anggota keluarga: Ini mencakup informasi tentang riwayat kesehatan fisik dan

mental, serta kondisi medis yang pernah dialami oleh anggota keluarga baik secara individu maupun secara kolektif.

5. Psikososial keluarga: Ini mencakup aspek psikologis dan emosional dari keluarga, seperti pola komunikasi, dukungan sosial, konflik, serta mekanisme penanganan stres dalam keluarga.

Pada tahap pengkajian keluarga dengan anak remaja ada beberapa hal yang perlu dipahami. Dimana masa remaja merupakan periode penting dalam pertumbuhan bagi anak muda. Ini adalah waktu di mana mereka mulai membentuk identitas mereka sendiri, mengembangkan kemandirian dari orang tua, dan mempersiapkan diri untuk menjadi bagian dari masyarakat. Faktor-faktor pengasuhan yang melindungi dapat memperkuat remaja dan membantu mereka mengatasi masalah perilaku yang mungkin timbul, termasuk pengaruh individu, keluarga, teman sebaya, dan lingkungan mental. Faktor-faktor risiko yang dapat membatasi keberhasilan remaja sangat beragam, dan mencakup kemiskinan, riwayat penyakit mental dalam keluarga, penggunaan alkohol dan zat-zat lainnya, serta kurangnya pengawasan dan bimbingan dari orang tua. Penyedia layanan kesehatan memainkan peran penting dalam mempromosikan faktor-faktor yang akan membantu remaja menjadi tangguh ketika mereka menghadapi tantangan sehari-hari yang terkait dengan sekolah, masalah keluarga, dan interaksi dengan teman sebaya. Dalam melakukan pengkajian keluarga pada anak remaja, perawat perlu menggali informasi tentang aktivitas sosial dan seksual, prestasi sekolah dan kejuruan, serta kegiatan pemeliharaan kesehatan yang umum dilakukan untuk usia ini (Lestari, Titik, 2016).

Selain wawancara, pemeriksaan fisik menjadi hal penting dalam proses pengkajian keluarga pada anak remaja. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dalam kunjungan keluarga meliputi pemeriksaan tekanan darah, tinggi badan, berat badan, indeks massa tubuh (BMI), kondisi kulit (termasuk jerawat, tindikan, tato, atau tanda-tanda pelecehan), pemeriksaan payudara (untuk perempuan), pemeriksaan genitalia, serta penilaian terhadap

kematangan seksual dan kehidupan seksual yang sehat (Kholifah and Widagdo, 2016).

Informasi tersebut dapat memberikan arahan kepada perawat dan menjadi pemicu dalam memberikan pertanyaan-pertanyaan yang spesifik yang harus diajukan kepada orang tua atau anak guna menilai perkembangan remaja ataupun masalah-masalah kesehatan pada remaja.

9.5 Diagnosis Keperawatan Pada Keluarga Dengan Anak Remaja

Diagnosis keperawatan merupakan hasil interpretasi ilmiah dari data yang diperoleh dari pengkajian. Interpretasi ini digunakan oleh perawat untuk merumuskan rencana perawatan, melaksanakan tindakan yang telah direncanakan, dan mengevaluasi respons terhadap tindakan tersebut. Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis berdasarkan hasil pengkajian terhadap masalah-masalah yang terkait dengan tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, serta kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah atau melakukan koping (PPNI, 2017). Masalah-masalah tersebut bisa bersifat aktual, risiko, atau sejahtera.

Jenis-jenis diagnosis keperawatan umumnya dapat dibagi menjadi tiga kategori utama:

1. Diagnosis aktual menggambarkan masalah atau keadaan yang ada pada klien atau pasien pada saat ini, yang didasarkan pada bukti-bukti atau gejala yang merupakan tanda mayor dan tanda minor yang diamati oleh perawat selama proses pengkajian
2. Diagnosis risiko mengidentifikasi potensi terjadinya masalah kesehatan di masa depan jika tindakan pencegahan tidak diambil atau jika kondisi lingkungan atau individu tetap tidak berubah
3. Diagnosis promosi kesehatan mengarah pada identifikasi kekuatan, sumber daya, dan potensi kesehatan klien yang bisa ditingkatkan untuk memelihara atau meningkatkan kesehatan.

Diagnosis keperawatan pada keluarga dengan anak remaja seringkali mencerminkan dinamika dan tantangan khusus yang

dihadapi oleh keluarga tersebut. Beberapa topik diagnosis keperawatan yang relevan untuk keluarga dengan anak remaja yaitu (Padila, 2015):

1. Kurangnya Komunikasi Keluarga. Ini adalah masalah umum di keluarga dengan remaja. Kurangnya komunikasi dapat menghambat pemahaman dan dukungan antara anggota keluarga
2. Perubahan dalam Pola Hubungan: Remaja sering mengalami perubahan dalam hubungan dengan orang tua dan anggota keluarga lainnya. Hal ini bisa memengaruhi dinamika keluarga secara keseluruhan.
3. Tantangan Peran Orang Tua: Orang tua mungkin mengalami kesulitan dalam menavigasi peran baru mereka ketika anak mereka memasuki masa remaja, termasuk menetapkan batasan, memberikan dukungan, dan memahami kebutuhan anak mereka.
4. Pengawasan dan Pengendalian Perilaku: Orang tua mungkin menghadapi tantangan dalam mengawasi perilaku remaja mereka, terutama terkait dengan konsumsi zat-zat berbahaya, aktivitas seksual, atau perilaku berisiko lainnya.
5. Pemenuhan Kebutuhan Emosional dan Psikologis: Remaja dan anggota keluarga lainnya mungkin membutuhkan dukungan emosional dan psikologis saat mereka menghadapi stres dan tekanan dari lingkungan sekitar mereka.
6. Kesulitan dalam Menyediakan Lingkungan yang Aman dan Mendukung: Orang tua mungkin perlu bekerja keras untuk menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi remaja mereka untuk berkembang secara optimal.
7. Masalah Kesehatan Mental: Remaja seringkali rentan terhadap masalah kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, atau gangguan makan. Keluarga perlu menyadari dan mengelola masalah ini dengan bijaksana.

Beberapa diagnosis Keperawatan yang dapat diangkat dan menjadi masalah pada anak remaja yaitu:

1. Gangguan Citra Tubuh
2. Gangguan identitas diri

3. Harga diri rendah
4. Perilaku kesehatan cenderung berisiko
5. Risiko gangguan perkembangan
6. Risiko berat badan lebih

9.6 Intervensi Dan Implementasi Keperawatan Keluarga Dengan Anak Remaja

Intervensi keperawatan adalah serangkaian tindakan atau langkah yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan, keterampilan, dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tujuan dari intervensi keperawatan adalah untuk mencapai luaran atau outcome yang diharapkan, yang dapat berupa pemulihan kesehatan, meningkatkan kualitas hidup, mencegah komplikasi, atau mencapai kemandirian dalam manajemen kondisi kesehatan (PPNI, 2018a).

Sistem klasifikasi standar intervensi keperawatan Indonesia membagi intervensi keperawatan menjadi lima kategori utama yaitu:

1. **Fisiologis:** Intervensi fisiologis berfokus pada aspek-aspek fisik atau biologis dari perawatan pasien. Ini termasuk tindakan-tindakan seperti pemberian obat-obatan, perawatan luka, monitoring tanda vital, pemberian nutrisi, serta tindakan medis lainnya yang bertujuan untuk memperbaiki atau menjaga fungsi tubuh.
2. **Psikologis:** Intervensi psikologis ditujukan untuk mendukung kesehatan mental dan emosional pasien. Ini mungkin mencakup konseling, dukungan psikologis, teknik relaksasi, terapi perilaku kognitif, dan intervensi lainnya yang bertujuan untuk mengurangi stres, meningkatkan koping, dan memperbaiki kesejahteraan mental pasien.
3. **Perilaku:** Intervensi perilaku berfokus pada perubahan perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien. Ini meliputi edukasi tentang gaya hidup sehat, manajemen stres, kepatuhan terhadap rencana perawatan, penghentian kebiasaan buruk, dan promosi aktivitas fisik.

4. **Relasional:** Intervensi relasional bertujuan untuk memperkuat hubungan interpersonal antara pasien dan penyedia layanan kesehatan, serta antara pasien dengan keluarga dan teman-teman. Ini melibatkan komunikasi yang efektif, empati, dukungan sosial, dan pembangunan hubungan saling percaya antara pasien dan tim perawatan.
5. **Lingkungan:** Intervensi lingkungan berfokus pada penciptaan lingkungan yang mendukung untuk proses penyembuhan dan pemulihan pasien. Ini bisa mencakup penataan ruang, kontrol infeksi, manajemen keamanan pasien, dan promosi kebersihan lingkungan (PPNI, 2018a)

Ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam membuat atau Menyusun sebuah intervensi keperawatan keluarga yaitu (Bakri, 2020):

1. Rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis data secara menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga: Penting untuk melakukan evaluasi menyeluruh terhadap masalah dan kebutuhan keluarga berdasarkan data yang dikumpulkan melalui pengkajian. Ini membantu perawat memahami kondisi keluarga secara komprehensif dan menentukan prioritas perawatan.
2. Rencana keperawatan harus realistik: Rencana perawatan harus dapat dilaksanakan dengan sumber daya yang tersedia, termasuk waktu, personil, dan fasilitas. Rencana perawatan yang realistis memungkinkan keluarga dan tim perawatan untuk bekerja menuju tujuan yang dapat dicapai.
3. Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan: Rencana perawatan harus konsisten dengan misi, visi, dan nilai-nilai institusi atau organisasi kesehatan tempat perawat bekerja. Hal ini memastikan bahwa perawatan yang diberikan konsisten dan sejalan dengan standar kualitas yang ditetapkan.
4. Rencana keperawatan dibuat bersama keluarga: Kolaborasi dengan keluarga dalam menyusun rencana perawatan sangat penting. Melibatkan keluarga dalam proses perencanaan memungkinkan mereka untuk merasa terlibat dalam

perawatan anggota keluarga mereka, dan meningkatkan kemungkinan kesuksesan dalam mencapai tujuan perawatan (PPNI, 2018a)

Setelah menyusun intervensi keperawatan, langkah selanjutnya yaitu penerapan tindakan keperawatan atau implementasi keperawatan. Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat dalam mengimplementasikan intervensi keperawatan yang telah disusun (PPNI, 2018a). Tindakan pada intervensi keperawatan mencakup berbagai strategi dan aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk mencapai tujuan perawatan pasien, yang terdiri dari:

1. **Observasi:** Observasi merupakan pemantauan kontinu terhadap kondisi pasien, termasuk pengamatan terhadap tanda-tanda vital, gejala klinis, dan respon terhadap perawatan yang diberikan. Observasi yang cermat membantu perawat untuk mengidentifikasi perubahan yang mungkin terjadi pada kondisi pasien dan mengambil tindakan yang sesuai.
2. **Terapeutik:** Tindakan terapeutik mencakup pemberian perawatan langsung kepada pasien untuk memperbaiki atau menjaga kesehatan fisik, mental, atau emosional. Ini bisa mencakup pemberian obat-obatan, perawatan luka, terapi fisik, terapi bicara, terapi okupasi, dan teknik relaksasi, tergantung pada kebutuhan spesifik pasien.
3. **Edukasi:** Edukasi merupakan bagian penting dari peran perawat dalam membantu pasien dan keluarga memahami kondisi kesehatan, mengelola gejala, memahami rencana perawatan, dan menerapkan perilaku sehat. Perawat memberikan informasi yang relevan, menjawab pertanyaan, dan memberikan dukungan kepada pasien dan keluarganya selama proses penyembuhan.
4. **Kolaborasi:** Kolaborasi melibatkan kerja sama antara perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya, termasuk dokter, terapis, pekerja sosial, dan profesional kesehatan lainnya. Melalui kolaborasi, perawat berbagi informasi, merencanakan perawatan bersama, dan memastikan koordinasi yang baik

dalam memberikan perawatan yang holistik kepada pasien (PPNI, 2018a).

9.7 Evaluasi Keperawatan Keluarga Dengan Anak Remaja

Evaluasi adalah tahap penting dalam proses keperawatan yang menilai sejauh mana diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya telah berhasil dicapai. Meskipun evaluasi sering diletakkan pada akhir proses keperawatan, sebenarnya itu merupakan bagian integral dari setiap tahap proses keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi atau tindakan yang telah dilakukan oleh keluarga, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Hal ini dapat melibatkan meninjau respon keluarga terhadap intervensi, memantau perkembangan kondisi kesehatan pasien, dan menilai hasil dari perawatan yang diberikan (Kholifah and Widagdo, 2016).

Keefektifan intervensi ditentukan oleh respons keluarga dan hasil yang dihasilkan, bukan hanya seberapa baik intervensi tersebut diimplementasikan. Evaluasi memungkinkan perawat untuk mengevaluasi apakah perawatan yang diberikan telah mencapai tujuan yang ditetapkan, dan jika tidak, untuk menyesuaikan rencana perawatan sesuai kebutuhan pasien. Dengan melakukan evaluasi secara terus-menerus dan berkelanjutan, perawat dapat memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien, meningkatkan kualitas perawatan, dan mencapai hasil yang optimal untuk pasien dan keluarganya (Bakri, 2020).

Pendekatan SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, dan Planning) adalah suatu metode yang umum digunakan dalam proses evaluasi keperawatan. Berikut adalah penjelasan singkat mengenai masing-masing elemen dalam pendekatan SOAP:

1. Subyektif (*Subjective*): Bagian ini mencakup informasi yang diberikan oleh keluarga atau pasien secara subjektif setelah intervensi keperawatan dilakukan. Ini termasuk keluhan, perasaan, dan persepsi subjektif mereka tentang perawatan dan kondisi kesehatan.

2. Obyektif (*Objective*): Bagian ini berisi informasi yang diamati atau diukur oleh perawat secara objektif setelah intervensi keperawatan dilakukan. Ini mencakup hasil pemeriksaan fisik, data laboratorium, serta observasi mengenai respons fisik atau perilaku pasien.
3. Analisa (*Assessment*): Pada tahap ini, perawat menganalisis data subyektif dan obyektif yang dikumpulkan untuk mengevaluasi hasil intervensi keperawatan. Analisis ini melibatkan penilaian terhadap kemajuan pasien, kepatuhan terhadap perawatan, serta efektivitas strategi intervensi yang telah dilakukan.
4. Perencanaan (*Planning*): Bagian terakhir dari pendekatan SOAP adalah perencanaan untuk tindakan lanjutan berdasarkan hasil evaluasi. Ini termasuk menentukan langkah-langkah selanjutnya, merevisi atau menyesuaikan rencana perawatan, serta merencanakan intervensi tambahan yang diperlukan berdasarkan hasil analisis sebelumnya (PPNI, 2018b).

DAFTAR PUSTAKA

- Andriana (2017) *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bakri, M.H. (2020) *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Mahardika.
- Bowden, V.R. and Greenberg, C.S. (2013) *Children and their families: The continuum of care*.
- Dewi, R. C., Oktiwati, A., & Saputri, L. D. (2015) *Teori & Konsep Tumbuh Kembang: Bayi, Toddler, Anak, dan Usia Remaja*. 1st edn. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hockenberry, Marilyn J., Wilson, D., Rodgers, Cheryl, C. (2021) *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 11th Editi. Elsevier Inc.
- Indriyani, Dian; Sulupadang, Prishilla;Juwita, Helmi;Yulidar, Elfina;Rahayu, Emma Sitti;Maharani, Shinta;Safitri, Defi Eka; Asmarawanti; Sarimin, Dorce Sisfiani; Purwati, Nyiman Heni; Kasmawati;& Ningsih, W. (2024) *Keperawatan Pediatri*. Padang: GET PRESS INDONESIA.
- Khadijah & Amelia (2020) *Perkembangan Fisik Motorik Anak Usia Dini*. Jakarta: Kencana.
- Kholifah, S.N.& and Widagdo, W. (2016) *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kyle, T., & Carman, S. (2021) *Essentials of Pediatric Nursing*. 4th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Lestari, Titik (2016) *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marcdante, K., Kliegman, Robert M., & Schuh, A.M. (2022) *Nelson Essentials of Pediatrics*. 9th editio. Singapore: Elsevier Inc.
- Padila (2015) *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga Dilengkapi Aplikasi Kasus Askep Keluarga Terapi Herbal Dan Terapi Modalitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 3rd edn. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018a) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018b) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN USIA DEWASA DAN PERTENGAHAN

Oleh Haris

10.1 Definisi Usia Dewasa Dan Pertengahan

Menurut *world health organization*, usia dewasa masuk dalam rentang 20 tahun sampai 44 tahun sementara pada usia pertengahan (*middle age*) 45 sampai 65 tahun. Kemenkes (2017) seseorang dikategorikan sebagai usia dewasa ketika seseorang sudah melewati masa remaja atau sekitar 19 sampai dengan 44 tahun sementara usia pertengahan merupakan usia sebelum memasuki masa lanjut usia atau sekitar 45 sampai dengan 59 tahun (Kemenkes, 2023)

10.2 Gambaran Kesehatan Usia Dewasa dan Pertengahan

Usia dewasa dan usia pertengahan menjadi komposisi usia paling dominan pada neraca umur di Indonesia maupun di dunia. Menurut laporan dari badan statistic Pusat (BPS) tahun 2023, penduduk dengan usia 15-64 tahun menjadi penduduk yang terbesar 190 juta dari 278,8 juta total penduduk Indonesia tahun 2023. Jumlah penduduk laki-laki sebesar 140, 8 (50,08%) juta sementara pada wanita perempuan sebesar 137,9 juta (49,92%). Usia produktif laki-laki sebesar 68,71 % sementara perempuan sebesar 68,52%. Tingginya angka usia dewasa tersebut menjadi perhatian bersama, bagaimana agar tetap dalam kondisi sehat dan produktif (Badan Pusat Statistik, 2023)

Permasalahan kesehatan usia dewasa dan pertengahan, didominasi oleh laki-laki. Penyebab terbesar adalah banyak laki-laki yang memiliki perilaku hidup tidak sehat seperti memiliki kebiasaan

merokok, kebiasaan ini memberikan dampak bagi kesehatan dan menjadi faktor risiko penyakit tidak menular. Berdasarkan data statistic tahun 2023, jumlah perokok di Indonesia sebesar 28,62% dari jumlah penduduk di Indonesia. Beberapa permasalahan lain yang berkaitan dengan kesehatan pada usia dewasa dan pertengahan adalah tingginya masalah serebrovaskuler (stroke), penyakit jantung coroner, diabetes mellitus, hipertensi, kanker prostat, hingga terjadinya penyakit paru obstruksi kronis. Permasalahan kesehatan pada laki-laki ini menunjukkan tingginya angka prevalensi beberapa penyakit, (Nies and McEwen, 2019)

Permasalahan kesehatan juga tertuju pada perempuan dengan usia dewasa dan pertengahan. Permasalah yang ditemukan adalah masih banyaknya perempuan yang tidak memiliki akses pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan yang tidak merata, sementara masalah kesehatan yang sering dijumpai adalah kanker payudara, kanker serviks, kanker ovarium, masalah kesehatan mental, stress dan depresi, osteoporosis, hingga masalah kekerasan hingga pelecehan seksual. Pada wanita usia dewasa yang juga sebagai perempuan usia produktif mengalami masalah kesehatan alat reproduksi, ancaman kematian selama masa kehamilan (kematian ibu) seperti kasus eklamsia (Nies and McEwen, 2019)

10.3 Pengkajian

Pengkajian keperawatan keluarga usia dewasa dan pertengahan, pada umumnya sama dengan pengkajian keperawatan keluarga. Pengkajian dimulai dengan mengetahui komposisi keluarga baik keluarga inti maupun keluarga besar. Status Perkawinan usia dewasa dan pertengahan juga komplit, mulai dari single, menikah, single parent, cerai mati/ hidup. Sebagian besar usia dewasa dan pertengahan dengan peran kepala keluarga, dengan budaya patriarti di Indonesia, kepala keluarga menjadi pengambil keputusan dalam keluarga, peran anggota keluarga yang lain sebagai pemberi masukan, namun budaya di Indonesia, menempatkan kepala keluarga sebagai sumber kuat dalam menentukan arah dalam menjalankan rumah tangga.

Pengkajian kepada usia dewasa dan pertengahan juga diarahkan bagaimana fungsi pemeliharaan kesehatan berjalan.

Dengan melihat tingginya angka ketidakpatuhan terhadap pengobatan dan menjalankan hidup sehat. Keluarga perlu dikonformasi pemahaman terhadap penyakit yang mudah dialami usia dewasa dan pertengahan terutama penyakit tidak menular dan faktor risikonya seperti merokok, obesitas, hipertensi, diabetes mellitus, berbagai jenis kanker baik pada laki-laki maupun perempuan.,apa pandangan atau sikap keluarga terhadap penyakit tersebut, apakah peduli, cuek atau yakin penyakit itu akan sembuh sendiri. Kemudian ditanyakan apa penyebabnya, bagaimana tanda serta gejalanya. Keluarga perlu ditanyakan dampak yang bisa ditimbulkan jika penyakit tidak ditangani. Bagaimana perawatan di rumah yang bisa dilakukan keluarga serta bagaimana pencegahannya. Pada tahap pengkajian ini juga perlu digaji upaya keluarga mencari informasi kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada (Friedman, Bowden and Jones, 2014).

10.4 Masalah Keperawatan

Usia Dewasa seringkali memiliki perilaku kesehatan yang tidak sehat, mengabaikan anjuran hidup sehat. Terkait kondisi tersebut dapat ditarik masalah keperawatan yang ditemukan usia dewasa dan pertengahan adalah terdapat pada kategori : perilaku, subkategori : penyuluhan dan pembejalaran yang terdiri dari masalah keperawatan : kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112), ketidakpatatuhan (D.0114), manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115) manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116). Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117), (SDKI PPNI, 2017). (PPNI, 2017)

10.5 Perencanaan keperawatan

Luaran dan rencana intervensi keperawatan berdasarkan Standar luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2019) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)(PPNI, 2018)

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Rencana Intervensi
kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan manajemen kesehatan meningkat Dengan kriteria hasil : - Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat (5) - Menerapkan program perawatan meningkat (5) - Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan / pengobatan menurun (5)	Intervensi utama : Manajemen perilaku (I.02045) Observasi : - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik : - Diskusikan tanggung jawab perilaku - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas - Batasi jumlah penguji - Bicara dengan nada rendah dan terang - Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi - Cegah perilaku pasif dan agresif,

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Rencana Intervensi
		- Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Lakukan pengekanan fisik sesuai indikasi - Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan - Hindari Sikap mengancam dan berdebat - Hindari berdebat dan menawat batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi : - Informasikan kepada keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif
ketidakpatatuhan (D.0114)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan	Dukungan kepatuhan program pengobatan (I. 12361) Observasi : - Identifikasi kepatuhan

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Rencana Intervensi
	kriteria hasil : - Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik (5) - Perilaku mengikuti anjuran membaik (5)	menjalani program pengobatan Terapeutik : - Buat komitmen menjaani program pengobatan dengan baik - Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, <i>jika perlu</i> - Dokumentasikan aktifitas selama menjalani program pengobatan - Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung program pengobatan yang dijalani - Libatkan keluarga dalam mendukung program pengobatan dijalani

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Rencana Intervensi
		Edukasi : - Edukasikan program pengobatan yang harus dijalani - Informasikan manfaat yang diperoleh jika teratur mengalami pengobatan - Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan - Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, <i>jika perlu</i>
manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan menjelaskan masalah	Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477) Observasi - Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan - Identifikasi konsekuensi tidak melakukan

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Rencana Intervensi
	kesehatan yang tepat meningkat (5) - Aktifitas keluarga mengatasi masalah kesehatan yang dialami meningkat (5) - Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun (5)	tindakan bersama keluarga - Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga Terapeutik - Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan - Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga Edukasi - Informasikan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga - Anjurkan penggunaan fasilitas kesehatan yang ada - Anjurkan cara perawatan yang bisa digunakan
manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan manajemen kesehatan	Intervensi : dukungan pengambilan keputusan (I.9265) Observasi - Identifikasi persepsi mengenai

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Rencana Intervensi
	meningkat dengan kriteria hasil : - Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat (5) - Menerapkan program perawatan meningkat (5) - Verbalisasi kesulitan menjalani program perawatan / pengobatan menurun	masalah dan informasi mengenai konflik Terapeutik - Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat keputusan - Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi - Fasilitasi melihat situasi lebih realistic - Memotifikasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan - Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif - Hormati pasien untuk menerima atau menolak informasi - Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu - Fasilitasi

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Rencana Intervensi
		hubungan antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya Edukasi - Informasikan alternative solusi secara jelas - Berikan informasi yang diberikan pasien Kolaborasi - Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan
Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan meningkat dengan kriteria hasil : - Menunjukkan perilaku adaptif meningkat (5) - Menunjukkan menjalankan perilaku sehat - Menunjukkan minat peningkatan perilaku sehat	Edukasi Kesehatan (I.2383) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Rencana Intervensi
		- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : - Jelaskan factor yang dapat mempengaruhi kesehatan - Jelaskan perilaku hidup bersih dan sehat - Anjarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih

10.6 Implementasi

Implementasi merupakan tahapan pelaksanaan dalam proses keperawatan. Dalam keperawatan, pelaksanaan implementasi lebih ditekankan melibatkan keluarga. Keterlibatan keluarga diharapkan dapat meningkatkan tingkat kemandirian keluarga. Tingkat kemandirian keluarga sangat tergantung pada kemampuan keluarga menjalankan program pengobatan, apakah keluarga dalam tahapan menerima dan menjalankan intervensi keperawatan secara komprehensif dan bertahap. Keluarga harus

mampu menggali kemampuan dalam menjalankan asuhan keperawatan serta menggali sumber daya yang bisa digunakan.

Implementasi asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan melalui kunjungan rumah yang dilaksanakan secara bertahap dan terencana. Pelaksanaan kunjungan rumah didasarkan pada perencanaan keperawatan yang telah disusun. Kunjungan rumah dapat dilakukan 2-3 x untuk mencapai tujuan keperawatan (Haris *et al.*, 2020)

Pelaksanaan kunjungan rumah, perawat dapat berperan sebagai educator yang memberikan edukasi kesehatan dan juga melaksanakan beberapa tindakan mandiri yang sudah disepati dengan keluarga, misalnya mengajarkan senam diabetes mellitus atau senam hipertensi serta memanfaatkan pengobatan tradisional / komplementer untuk mengurangi keluhan yang dirasakan klien.

10.7 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pada Tahap ini untuk menilai apakah tujuan keperawatan tercapai atau tertunda. Pada evaluasi ini akan menunjukkan apakah tingkat kemandirian keluarga bisa meningkat dari kategori (1-2) ke kategori lebih tinggi (4). Evaluasi juga dapat menilai apakah kriteria hasil dapat meningkat dari kondisi 1 hingga kondisi 5 sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik (2023) *Perempuan dan Laki-laki 2023 di Indonesia*, Badan Pusat Statistik. Available at: <https://www.bps.go.id/id/publication/2023/12/22/e5942bdd51b158776ee5eabf/perempuan-dan-laki-laki-di-indonesia-2023.html>.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R. and Jones, E.G. (2014) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori dan praktik*. 5th edn. Edited by E. Tiar. Jakarta: EGC.
- Haris *et al.* (2020) 'Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS) dan Tingkat Kemandirian Keluarga', *Media Karya Kesehatan*, 3(2), pp. 221–238. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/345240167%0AHaris>:
- Kemenkes (2023) *Kategori Usia*. Available at: <https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia/dewasa>.
- Nies, M.A. and McEwen, M. (2019) *Keperawatan kesehatan Komunitas dan keluarga*. Edisi Indo. Singapore: Elsevier.
- PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Available at: <http://inna-ppni.or.id>.
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Available at: <http://www.inna-ppni.or.id>.
- PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Available at: <http://www.inna-ppni.or.id>.

BIODATA PENULIS



Esti Nur Janah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Lahir di Brebes, 13 Januari 1991. Lulus Sarjana Keperawatan di Universitas Jenderal Soedirman tahun 2012 kemudian melanjutkan Profesi Ners lulus tahun 2013 di kampus yang sama. Pada tahun 2017 melanjutkan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang yang ditempuh selama dua tahun. Pengalaman mengajar dimulai sejak tahun 2013 dalam berbagai bidang keperawatan. Penulis saat ini masih terdaftar sebagai Dosen di Akademi Keperawatan Al Hikmah 2. Penulis juga aktif dalam Kepengurusan Organisasi PPNI. Penulis juga turut mengembangkan ilmu pengetahuan melalui kegiatan ilmiah, penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan dan keperawatan. Penulis memiliki ketertarikan di bidang keperawatan komunitas keluarga dan agregat lansia.

Email Penulis: estiNJ@gmail.com

BIODATA PENULIS



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

Dosen STIKes Fatmawati

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



Alif Nurul Rosyidah, S.Kep., Ners, M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Banten

Penulis lahir di Wonogiri tanggal 11 Januari 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Banten. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dan melanjutkan Pendidikan S2 Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis merupakan pengurus Bidanmenekuni bidang Menulis khususnya dibidang Keperawatan Komunitas dan Kesehatan Masyarakat.

BIODATA PENULIS



Ns. Margiyati, M. Kep.

Dosen Program Studi D III Keperawatan
STIKES Kesdam IV/Diponegoro Semarang

Penulis lahir di Kabupaten Semarang tanggal 1 Maret 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Kesdam IV/Diponegoro Semarang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan, kemudian profesi Ners dan melanjutkan S2 pada Jurusan Keperawatan. Penulis menekuni bidang keperawatan komunitas khususnya keperawatan keluarga. Saat ini penulis menjabat sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (P3M) di STIKES Kesdam IV/Diponegoro Semarang sejak 2019 sampai dengan sekarang. Penulis dapat dihubungi melalui email margi@stikeskesdam4dip.ac.id serta HP/WA di 085640761114.

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



Ns. Sulistiyani, M.Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners

Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan KEMENKES Jayapura

Penulis lahir di Jayapura tanggal 13 Oktober 1983. Riwayat Pendidikan diawali dari lulus pendidikan D3 Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura pada tahun 2004. Penulis kemudian melanjutkan jenjang Pendidikan SI Keperawatan dan Ners di Universitas Brawijaya tahun lulus 2012. Kemudian pada tahun 2017 penulis melanjutkan Pendidikan jenjang S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro dan lulus pada tahun 2019. Mata kuliah yang penulis ampuh meliputi Komunikasi dalam Keperawatan, Falsafah keperawatan, Keperawatan Komunitas, Keperawatan keluarga, dan keperawatan Gerontik. Penulis juga aktif dalam melaksanakan kegiatan tridarma perguruan tinggi penelitian dan pengabdian kepada Masyarakat. Untuk karya publikasi, penulis juga aktif dalam mempublikasikan hasil penelitian dan pengabmas pada jurnal nasional maupun internasional. Penulis juga tergabung dalam Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Provinsi Papua sebagai sekretaris. Kontak person penulis dapat dihubungi melalui email: is.listi83@gmail.com

BIODATA PENULIS



Irma Herliana, S.Kp., M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom.

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Maju (UIMA)

Penulis lahir di Garut bulan Juni 1978. Penulis memulai karir sebagai dosen pada tahun 2004 sebagai dosen lepas di Stikes Istara Nusantara dan Akper Andalusia Jakarta. Saat ini penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Indonesia Maju (UIMA) sejak tahun 2007. Melanjutkan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran tahun 1997 lalu melanjutkan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2009 serta spesialisasi Keperawatan Komunitas pada tahun 2011 di universitas yang sama. Penulis berkecimpung di dunia keperawatan komunitas, keluarga, gerontik dan komplementer. Penulis juga telah menghasilkan beberapa penelitian serta pengabdian masyarakat terkait minatnya tersebut.

BIODATA PENULIS



Nur Andani, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan
Politeknik Sandi Karsa

Penulis lahir di Pattallassang tanggal 27 Oktober 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Keperawatan Politeknik Sandi Karsa. Menyelesaikan pendidikan DIII pada Jurusan Keperawatan di Politeknik Kesehatan Makassar (2012-2015), penulis melanjutkan Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Makassar (2018-2019) kemudian lanjut profesi Ners di Universitas Muslim Indonesia (2020-2021) dan melanjutkan S2 pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin (2021-2023).

Penulis juga menekuni bidang organisasi Kemanusiaan. Penulis aktif dalam kegiatan kerelawanan Rumah Zakat Sulawesi Selatan. Mengambil peran dalam tim tanggap darurat bencana di Sulawesi Selatan. Penulis merupakan tim enumerator Riset yang diadakan oleh Kementerian Kesehatan RI. Diantaranya Riset Penyakit Tidak Menular 2016, Riset Fasilitas Kesehatan 2019, dan Survei Kesehatan Indonesia 2023.

BIODATA PENULIS



Ns. Prishilla Sulupadang, M.Kep., Sp.Kep.An

Dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kendari, Sulawesi Tenggara

Penulis lahir di Makassar tanggal 06 April 1991. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari, Sulawesi Tenggara sejak tahun 2021. Penulis juga merupakan salah satu dosen pengajar mata kuliah Keperawatan Anak dan Keperawatan Keluarga. Riwayat Pendidikan Penulis dimulai dengan menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan keperawatan Stikes Mega Rezky Makassar kemudian melanjutkan Profesi Ners pada Jurusan keperawatan Stikes Binawan Jakarta, dan melanjutkan Pendidikan Megister serta Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia.