

KEPERAWATAN KELUARGA

Mareta Akhriansyah

Ester

Wahyuny Langelo

Immawanti

Rustam Aji

Anas Kiki Anugrah

Isymiarni Syarif

Mariam Dasat

Haris

Yohana Wiratikusuma

Lukman Nulhakim

Helly Budiawan

Zulfia Samiun



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN KELUARGA

Penulis :

Mareta Akhriansyah

Ester

Wahyuni Langelo

Immawanti

Rustam Aji

Anas Kiki Anugrah

Isymiarni Syarif

Mariam Dasat

Haris

Yohana Wiratikusuma

Lukman Nulhakim

Helly Budiawan

Zulfia Samiun

ISBN :

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, Oktober 2023

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

KATA PENGANTAR

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

Buku ini membahas Pengantar Keperawatan Keluarga, Teori dan Model Keperawatan Keluarga, Koping dan Krisis Keluarga, Kesehatan Reproduksi dalam Keluarga, Keluarga dengan Anggota Berkebutuhan Khusus, Peran Perawat dalam Keperawatan Keluarga, Kesehatan Mental Keluarga, Keluarga dengan Anggota Sakit Kritis, Keperawatan Praoperasi dan Pascaoperasi dalam Keluarga, Perawatan Terminal dan Perawatan Paliatif Keluarga, Keluarga dengan Anggota Lanjut Usia, Konseling Keluarga, Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan dalam Keluarga.

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, Oktober 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 PENGANTAR KEPERAWATAN KELUARGA.....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian Keluarga.....	2
1.3 Ciri-Ciri Keluarga	2
1.4 Jenis dan Bentuk Keluarga.....	3
1.5 Fungsi Keluarga	5
1.6 Tujuan Keperawatan Keluarga	6
1.7 Tingkatan Keperawatan Keluarga.....	7
1.8 Faktor yang mempengaruhi berkembangnya Keperawatan Keluarga.....	8
DAFTAR PUSTAKA.....	9
BAB 2 TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA	11
2.1 Pendahuluan	11
2.2 Teori dan Model Keperawatan Keluarga.....	13
2.2.1 Model Lingkungan dari Florence Nigthingale	13
2.2.2 Teori Imogene King tentang Pencapaian Tujuan (<i>Interacting Systems Framework and Middle Rage Theory of Goal Attainment</i>).....	15
2.2.3 Model Sister Callista Roy tentang Adaptasi (<i>Adaptation Model</i>).....	16
2.2.4 Model Betty Neuman tentang Sistem Kesehatan (<i>System Model</i>)	17
2.2.5 Model Dorothea E. Orem tentang Perawatan Diri (<i>Self Care Deficit Theory of Nursing</i>)	18
2.2.6 Teori Martha E. Rogers tentang Manusia Seutuhnya (<i>Unitary Human Beings</i>).....	19
2.2.7 Model Friedman	20
DAFTAR PUSTAKA.....	22

BAB 3 KOPING DAN KRISIS KELUARGA.....	23
3.1 Pendahuluan.....	23
3.2 Koping Keluarga.....	23
3.2.1 Sumber Stressor Keluarga (Stimulus)	24
3.2.2 Koping Keluarg.....	25
3.3 Krisis Keluarga	34
DAFTAR PUSTAKA	35
BAB 4 KESEHATAN REPRODUKSI DALAM KELUARGA... 37	37
4.1 Pendahuluan.....	37
4.2 Tinjauan Kesehatan Reproduksi	38
4.3 Peran dan Fungsi Keluarga dalam Kesehatan reproduksi.....	42
4.3.1 Peran Keluarga.....	42
4.3.2 Fungsi Keluarga.....	43
4.4 Tugas dan Bentuk Dukungan Keluarga di Bidang Kesehatan	44
4.4.1 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan	44
4.4.2 Bentuk Dukungan Keluarga di Bidang Kesehatan.....	44
4.4.3 Bentuk – bentuk peran keluarga lainnya dalam Kesehatan reproduksi	47
DAFTAR PUSTAKA	49
BAB 5 KELUARGA DENGAN ANGGOTA BERKEBUTUHAN KHUSUS.....	51
5.1 Pengertian	51
5.2 Jenis anak berkebutuhan khusus	51
5.3 Apa yg dimaksud anak kebutuhan khusus?	53
5.4 Jenis-Jenis Anak dengan Kebutuhan Khusus.....	53
5.5 Bagaimana peran keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus?	54
5.6 Bagaimana cara mendampingi anak yang berkebutuhan khusus?	54

5.7 Apa bedanya anak berkelainan dengan anak berkebutuhan khusus?	54
5.9 Kenapa disebut anak berkebutuhan khusus?	54
5.9 Apa ciri ciri anak berkebutuhan khusus?	55
DAFTAR PUSTAKA.....	60
BAB 6 PERAN PERAWAT DALAM KEPERAWATAN	
KELUARGA	61
6.1 Pendahuluan	61
6.2 Konsep Keperawatan Keluarga	62
6.2.1 Definisi Keperawatan Keluarga	62
6.2.2 Sejarah Keperawatan Keluarga.....	62
6.2.3 Tujuan Keperawatan Keluarga.....	64
6.2.4 Peran Perawat Keluarga.....	66
6.2.5 Proses Keperawatan Keluarga.....	67
6.2.7 Manfaat Keperawatan Keluarga	68
6.2.6 Hambatan Dalam Keperawatan Keluarga.....	70
6.3 Peran Perawat Dalam Keperawatan Keluarga di Pelayanan Rumah Sakit.....	70
6.3.1 Perawat sebagai Fasilitator Pendidikan dalam Perawatan Keluarga	70
6.3.2 Sikap Perawat sebagai Pelaksana Keperawatan Keluarga di ICU	73
6.3.3 Komunikasi Perawat dalam Praktik Keperawatan Keluarga.....	74
6.3.4 Kolaborasi Perawat dalam Praktik Keperawatan Keluarga.....	76
6.3.5 Percakapan perawat dalam Praktik Keperawatan Keluarga.....	77
DAFTAR PUSTAKA.....	80
BAB 7 KESEHATAN MENTAL KELUARGA.....	89
7.1 Pendahuluan	89
7.2 Defenisi Kesehatan Mental	89
7.3 Karakteristik Kesehatan mental.....	90

7.4 Kesehatan mental dalam keluarga.....	91
7.5 Komponen Kesehatan mental keluarga.....	92
7.6 Faktor- faktor yang mempengaruhi kesehatan mental.....	94
7.7 Tanda dan gejala Kesehatan Mental keluarga.....	96
7.8 Dampak Kesehatan Mental Keluarga.....	98
7.9 Pendekatan dan Strategi dalam menjaga Kesehatan Mental Keluarga	100
DAFTAR PUSTAKA	103
BAB 8 KELUARGA DENGAN ANGGOTA SAKIT KRITIS....	105
8.1 Pengertian Keluarga	105
8.2 Pemberdayaan Keluarga	106
8.3 Model Pemberdayaan Keluarga.....	112
8.4 Penyakit Kritis.....	115
8.5 Dampak Penyakit Kritis.....	120
8.6 Mengurangi Dampak Penyakit Kritis	121
8.7 Pendampingan Keluarga terhadap Pasien yang mengalami Penyakit Kritis.....	122
DAFTAR PUSTAKA	128
BAB 9 KEPERAWATAN PRAOPERASI DAN PASCA OPERASI DALAM KELUARGA	131
9.1 Keperawatan Perioperatif.....	131
9.1.1 Gambaran Umum Keperawatan Perioperatif.....	131
9.1.2 Proses Keperawatan Preoperatif	132
9.1.3 Proses Keperawatan Intraoperatif.....	133
9.1.4 Proses Keperawatan Pascaoperatif.....	134
9.2 Peran Keluarga dalam perawatan perioperative.....	135
9.2.1 Peran dan Fungsi keluarga.....	135
9.2.2 Kebutuhan keluarga dalam perawatan pre operative.....	135
9.2.3 Dukungan dan Pendampingan keluarga pada klien pre operatif	137

9.2.4 Dukungan keluarga dalam perawatan pasca operatif.....	138
DAFTAR PUSTAKA.....	141
BAB 10 PERAWATAN TERMINAL DAN PERAWATAN PALIATIF KELUARGA	143
10.1 Pendahuluan.....	143
10.2 Konsep Perawatan Terminal dan Perawatan Paliatif Keluarga.....	144
10.3 Tujuan utama perawatan terminal.....	145
10.4 Konsep Teori keperawatan yang relevan dalam perawatan terminal dan perawatan paliatif.....	146
10.5 Aspek yang perlu dipertimbangkan dalam perawatan pasien terminal dan perawatan paliatif keluarga.	148
10.6 Proses Pengkajian.....	150
DAFTAR PUSTAKA.....	152
BAB 11 KELUARGA DENGAN ANGGOTA LANJUT USIA....	153
11.1 Pendahuluan.....	153
11.2 Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga dengan Anggota Lansia	154
11.2.1 Tahap Persiapan.....	154
11.2.2 Tahap Transisi	155
11.2.3 Tahap Stabilisasi.....	155
11.3 Tugas Kesehatan Keluarga dalam Penatalaksanaan Masalah Kesehatan pada Anggota Keluarga dengan Lansia.....	156
11.3.1 Mengenal masalah kesehatan	156
11.3.2 Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.....	158
11.3.3 Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.....	159
11.3.4 Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.....	162

11.3.5 Merujuk/memanfaatkan fasilitas kesehatan masyarakat	163
DAFTAR PUSTAKA	165
BAB 12 KONSELING KELUARGA	169
12.1 Pendahuluan.....	169
12.2 Konsep Konseling Keluarga	170
12.3 Sejarah Konseling Keluarga	172
12.4 Tujuan Konseling Keluarga	174
12.5 Teknik Konseling Keluarga.....	176
12.6 Pendekatan Konseling Keluarga.....	179
12.7 Kesimpulan.....	182
DAFTAR PUSTAKA	185
BAB 13 KESEHATAN MASYARAKAT DAN PROMOSI KESEHATAN DALAM KELUARGA	187
13.1 Pendahuluan.....	187
13.1.1 Definisi Kesehatan Masyarakat	187
13.1.2 Pentingnya Promosi Kesehatan dalam Keluarga.....	187
13.2 Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat.....	189
13.2.1 Promosi Kesehatan.....	189
13.2.2 Pencegahan Primer, Sekunder, dan Tersier	190
13.2.3 Pendekatan Berbasis Populasi	191
13.2.4 Kerjasama antar Sektor	192
13.2.5 Keadilan dalam Kesehatan.....	193
13.2.6 Pemantauan dan Evaluasi	194
13.2.7 Pendekatan Berbasis Bukti.....	195
13.3 Pentingnya Keluarga dalam Promosi Kesehatan.....	196
13.3.1 Keluarga sebagai Unit Dasar Masyarakat	196
13.3.2 Peran Keluarga dalam Pendidikan Kesehatan	197
13.3.3 Pengaruh Lingkungan Keluarga terhadap Kesehatan Individu.....	198
13.4 Strategi Promosi Kesehatan dalam Keluarga.....	198

13.4.1 Pendidikan Kesehatan untuk Semua Anggota Keluarga	198
13.4.2 Pemberdayaan Keluarga dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan.....	199
13.4.3 Keterlibatan Keluarga dalam Program-program Kesehatan Masyarakat	201
13.4.4 Menggunakan Teknologi untuk Edukasi dan Monitoring Kesehatan Keluarga	202
13.5 Hambatan dan Tantangan dalam Promosi Kesehatan Keluarga	203
13.5.1 Kurangnya Kesadaran dan Pengetahuan Kesehatan.....	203
13.5.2 Faktor Ekonomi dan Aksesibilitas	203
13.5.3 Budaya dan Tradisi yang Bertentangan dengan Praktik Kesehatan.....	204
13.5.4 Kurangnya Sumber Daya dan Dukungan Pemerintah.....	206
DAFTAR PUSTAKA.....	208
BIODATA PENULIS	

BAB 1

PENGANTAR KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Mareta Akhriansyah

1.1 Pendahuluan

Menanggapi tuntutan profesi yang mengintegrasikan kebutuhan individu, keluarga, dan komunitas, baik sehat maupun sakit, dalam layanan bio, psiko, sosial, dan spiritual, profesi keperawatan telah mengalami transformasi dan kemajuan.

Menurut Ariga (2020), meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan yang profesional membuat perawat harus terus mengembangkan diri dalam berbagai bidang, termasuk keperawatan keluarga. Kesehatan keluarga merupakan salah satu faktor terpenting dalam pertumbuhan kesehatan masyarakat (Harwijayanti et al., 2022).

Keluarga merupakan suatu hal yang esensial bagi masyarakat dan memegang peranan penting dalam membentuk budaya lokal yang baik dan kokoh (Harnilawati, 2013). Menurut Zainudin, (2006), pelayanan dan asuhan keperawatan keluarga merupakan inisiatif keperawatan yang menitikberatkan pada keluarga yang memahami konsep keluarga, proses keperawatan keluarga, dan konsep keperawatan keluarga.

Berdasarkan uraian diatas, Untuk mendukung pembangunan masyarakat yang sehat, penting untuk mengembangkan teori asuhan keperawatan keluarga di Indonesia.

1.2 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sekelompok dua orang atau lebih yang hidup bersama secara emosional dekat satu sama lain, tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, dan tidak mempunyai batasan keanggotaan (Friedman et al., 2010). Keluarga adalah sekelompok orang yang tinggal serumah dan terhubung melalui perkawinan, darah, atau adopsi (Kesuma et al., 2023).

Persahabatan, hubungan (darah, adopsi, atau perjanjian), hidup bersama dalam satu atap, dan mempunyai peran masing-masing dalam anggota keluarga merupakan sebuah keluarga (Harnilawati, 2013). Menurut Renteng and Simak (2021), keluarga adalah sekelompok orang yang hidup bersama melalui perkawinan, adopsi, atau kelahiran dan yang berinteraksi dan saling bergantung serta berkontribusi terhadap status kesehatan anggota keluarga dan masyarakat.”

Penulis berpendapat bahwa keluarga adalah sekelompok makhluk hidup yang saling mendukung, memperlakukan satu sama lain dengan penuh hormat, dan ikut serta dalam perkembangan emosi, fisik, mental, dan sosial satu sama lain.

1.3 Ciri-Ciri Keluarga

Ciri –ciri keluarga menurut Friedman et al., (2010), yaitu :

1. Terorganisasi, dimana anggota keluarga saling berhubungan dan saling ketergantungan.
2. Adanya keterbatasan, dimana anggota keluarga diperbolehkan menjalankan tanggung jawab dan fungsinya serta tugasnya namun tepat memiliki keterbatasan.
3. Melaksanakan fungsi dan tugasnya namun tepat memiliki keterbatasan.

Ciri-ciri keluarga menurut Effendy, (1998) adalah terikat oleh perkawinan, ada hubungan darah, ada ikatan batin,

masing-masing anggota bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri, ada yang mengambil keputusan, ada yang mengambil keputusan. bekerja sama, berkomunikasi, berinteraksi satu sama lain, dan hidup bersama. dalam satu rumah.

Sementara itu, Harnilawati (2013), mengidentifikasi ciri-ciri keluarga Indonesia sebagai berikut :

1. Membentuk ikatan yang erat berdasarkan keinginan untuk bekerja sama.
2. Terinspirasi oleh cita-cita kebudayaan timur.
3. Biasanya dipimpin oleh suami, meskipun proses pemusatan dilakukan secara musyawarah.

1.4 Jenis dan Bentuk Keluarga

Menurut Harnilawati, (2013) ada dua jenis keluarga yaitu tradisional dan modern :

1. Keluarga tradisional, biasanya terbagi dalam 2 jenis yaitu:
 - a. *Nuclear family* dimana keluarga terdiri dari ayah, ibu dan anak hasil perkawinan, adopsi atau kedua-duanya.
 - b. *Extended family* dimana keluarga lain yang memiliki hubungan darah seperti, kakek-nenek, paman, bibi, dan sepupu selain keluarga inti.
2. Keluarga secara modern, tumbuh sebagai akibat dari peran individu maka menyebabkan rasa individulasme meningkat sehingga dapat dikategorikan beberapa jenis keluarga yaitu :
 - a. *Tradisional nuclear*, dimana salah satu atau kedua orang tua dan anak-anaknya tinggal serumah karena ikatan perkawinan yang sah, dan salah satu orang tua dapat bekerja di luar rumah..
 - b. *Reconstituted nuclear*, dimana suami atau istri yang telah menikah membentuk keluarga baru dan tinggal serumah dengan anak-anaknya, baik anak-anak

tersebut berasal dari perkawinan sebelumnya atau baru, dan salah satu atau kedua orang tuanya bekerja di luar rumah.

- c. *Middle age/aging couple*, dimana ayah sebagai pencari nafkah utama, ibu adalah ibu rumah tangga dan anak-anak berada di luar rumah karena sekolah, perkawinan, atau urusan lainnya.
- d. *Dyadic Nuclear*, dimana salah satu atau kedua pasangan bekerja dari rumah dan tinggal serumah meskipun sudah lama menikah dan tidak memiliki anak.
- e. *Single parent*, orang tua tunggal yang sedang mengalami perceraian atau meninggal dunia, dan anak-anak mereka tinggal serumah atau di tempat lain.
- f. *Dual carries*, suami dan istri bekerja di luar rumah namun tidak mempunyai anak
- g. *Commuter married*, suami istri bekerja di luar rumah namun tidak tinggal serumah namun dapat bertemu pada waktu tertentu.
- h. *Single adult*, orang yang memutuskan untuk tidak menikah dan hidup sendiri tanpa keluarga.
- i. *Three generation*, dimana tiga generasi tinggal dalam satu rumah
- j. *Institusional*, dimana anak atau orang dewasa tinggal di panti asuhan dan bukan di rumah.
- k. *Communal*, dimana dua pasangan atau lebih yang tinggal serumah rumah, pasangan monogami, terdapat anak-anaknya dan bersama saling menafkahi.
- l. *Gaoup marriage*, suatu keluarga yang terdiri atas satu keturunan atau satu orang tua dan masing-masing anaknya menikah.
- m. *Unmarried parent and child*, dimana ibu tidak mau menikah tetapi mempunyai anak angkat.

- n. *Cohibing couple*, keluarga yang terdiri dari satu atau dua pasangan yang hidup bersama namun belum menikah.
- o. *Gay and lesbian family*, keluarga pasangan yang memiliki jenis kelamin yang sama.

1.5 Fungsi Keluarga

Memahami bagaimana keluarga mempengaruhi kesehatan, penyakit dan kesejahteraan memerlukan pemahaman yang kuat tentang bagaimana fungsi keluarga. Perawat yang memahami fungsi keluarga dapat menggunakan pengetahuannya untuk memberdayakan keluarga melalui intervensi berbasis bukti (Kaakinen JR and Birenbaum RK, 2017 dalam Sovia, et al., 2023).

Friedman et al. (2010), mengartikan kemampuan sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada bagaimana keluarga mencapai seluruh tujuannya.

Berikut unsur-unsur umum keluarga seperti yang dikemukakan oleh Friedman:

1. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah Fungsi keluarga berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang memberikan kasih sayang, rasa aman, dan dukungan psikososial kepada anggotanya.. Fungsi afektif berhasil ketika orang hidup dalam keluarga yang bahagia. Citra diri yang positif, perasaan penting dan memiliki, serta kasih sayang semuanya dipupuk oleh anggota keluarga. Kemampuan penuh perasaan merupakan sumber energi penentu kebahagiaan keluarga. Fungsi afektif yang tidak terpenuhi menimbulkan permasalahan dalam keluarga.

2. Fungsi Sosialisasi

Merupakan fungsi yang membantu individu dalam menjalankan perannya dalam lingkungan sosial dan memberikan kontribusi dalam proses perkembangan individu.

3. Fungsi Reproduksi

Merupakan Fungsi menjaga kelangsungan keluarga serta kelangsungan keturunan.

4. Fungsi Ekonomi

Merupakan kemampuan memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan menumbuhkan keterampilan individu untuk meningkatkan pendapatan.

5. Fungsi Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang dapat digunakan untuk menjaga kesehatan dan produktivitas anggota keluarga tetap tinggi. Kemampuan keluarga untuk memberikan asuhan keperawatan atau pemeliharaan.

1.6 Tujuan Keperawatan Keluarga

Menurut Zainudin (2006), tujuan keperawatan keluarga adalah menjadikan keluarga lebih sadar, bersemangat, dan mampu meningkatkan, mencegah, dan memelihara kesehatan optimalnya, serta melaksanakan tanggung jawabnya secara produktif. Tujuan utama keperawatan keluarga adalah mengupayakan kemampuan keluarga dalam menjaga kesejahteraan keluarganya sehingga dapat lebih mengembangkan status kesejahteraan keluarganya (Effendy, 1998).

Menurut Kesuma et al. (2023), bahwa keperawatan keluarga bertujuan untuk :

1. Meningkatkan pemahaman keluarga terhadap masalah yang dihadapi.
2. Memudahkan keluarga dalam mengevaluasi peluang dan potensi yang dimilikinya.
3. Meningkatkan kemauan masyarakat dalam memecahkan masalah secara mandiri.
4. Meningkatkan solidaritas dan gotong royong dalam membantu keluarga khususnya yang mempunyai

keterbatasan sumber daya dalam meningkatkan kesejahteraannya.

1.7 Tingkatan Keperawatan Keluarga

Menurut Wahyuni et al. (2021), ada empat tingkatan keperawatan keluarga, yaitu :

1. Level 1
individu atau anggota keluarga menjadi fokus, dan pelayanan keperawatan difokuskan pada individu yang akan dipelajari dan dibantu.
2. Level 2
Keluarga adalah jumlah seluruh anggotanya, dan setiap anggota akan mempunyai masalah kesehatan atau keperawatan yang sama yang perlu ditangani. Setiap anggota secara bersamaan dipandang sebagai satu kesatuan yang berbeda.
3. Level 3
hubungan ibu-anak merupakan fokus utama pengkajian dan intervensi keperawatan. Anggota keluarga dipandang sebagai unit yang berinteraksi, dan sub-sistem dalam keluarga menjadi fokus utama.
4. Level 4
Dalam pengkajian dan perawatan, seluruh keluarga dipandang sebagai klien, dengan individu sebagai latar belakang keluarga dipandang sebagai suatu sistem interaksional, dan intervensi difokuskan padanya. Fungsi dan struktur keluarga. Hubungan subsistem keluarga dengan iklim luar.

1.8 Faktor yang mempengaruhi berkembangnya Keperawatan Keluarga

Praktik keperawatan keluarga saat ini telah mengalami sejumlah transformasi dalam pemberian pelayanan kepada keluarga, memperluas partisipasi keluarga dalam kegiatan pembangunan dan kesehatan keluarga (Husnaniyah, et al., 2022).

Menurut Zainudin (2006), keperawatan keluarga berkembang dengan pesat karena alasan berikut :

1. Meningkatnya kesadaran akan perlunya meningkatkan kesehatan dan pelayanan kesehatan secara keseluruhan, bukan sekedar praktik yang berfokus pada penyakit dalam keperawatan dan masyarakat.
2. Meningkatnya jumlah lansia dan munculnya penyakit kronis menggarisbawahi pentingnya perawatan diri dan kebutuhan akan asuhan keperawatan keluarga.
3. Pesatnya pertumbuhan bidang penelitian keperawatan keluarga.
4. Pengakuan luas terhadap banyaknya keluarga bermasalah di komunitas.
5. Meluasnya penerapan teori berbasis keluarga tertentu seperti teori kedekatan dan teori system umum.
6. Klinik anak, perkawinan, dan keluarga menggantikan terapi pertumbuhan dalam terapi keluarga dan perkawinan.
7. Pada tahun 1950-an dan 1960-an, penelitian tentang kedalaman dan keterlibatan komunikasi keluarga mengungkapkan adanya hubungan antara anak bermasalah dan ibu dengan pola komunikasi bermasalah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariga, A.R., S. Kp.,M.A.R.S., 2020. Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan. Deepublish.
- Effendy, N., 1998. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G., 2010. Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktek. Jkt. Egc 5-6.
- Harnilawati, S.Kep., Ns, 2013. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Pustaka As Salam.
- Harwijayanti, B.P., Liana, Y., Tauho, K.D., Sulistiyani, Muhammadong, Sinaga, M.R.E., Hariati, Prasetiani, A.G., Janah, E.N., 2022. Keperawatan Keluarga. Get Press.
- Husnaniyah, S.K., Ns.,M. Kep, M.Kep, R., S. Kep ., Ns, M.Kep, K., S. Kep ., Ns, 2022. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Deepublish.
- Kesuma, I., Putri, marzalia, Saputra Utama Andre, Elviani Yeni, 2023. KEPERAWATAN KELUARGA. Penerbit Adab.
- Renteng, S., Simak, V.F., 2021. KEPERAWATAN KELUARGA. TOHAR MEDIA.
- Sovia, N., M. Kep, M.Kep, M.D., SKM, M.Kes, H.P.M., SKM, M.Kep, N.N.D., S. Kep, M.Kep, Y., Ners, M.N.S, N.D.O., SKM, J.A.K., M.N.S, N.R.Y., M.Kep, A., S.K.M., M.N.S, N.L.S.Y., M.Kep, N.W.D., S.Kep,Ns,M.Kes, N.S., Djaafar, SPd, M.Kep, N., S. Kp, M.Kep,Sp.Kom, D.Y.D.A., Lombogia ,S.Kep.Ns,M.Kep, M., M.Kes, I.I., S. KM, S,Kep,M.,KM, S., Ners, 2023. BUNGA RAMPAI KEPERAWATAN KELUARGA. CV Pena Persada.
- Wahyuni, N.T., Kep, S.K.M., Ns Parliani, M., Hayati, D., 2021. Buku Ajar Keperawatan Keluarga.
- Zainudin, A., 2006. Pengantar Keperawatan Keluarga. Jkt. EGC.

BAB 2

TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Ester

2.1 Pendahuluan

Dasar dari sebuah profesi adalah perkembangan landasan ilmiah yang seringnya diwujudkan dalam bentuk teori dan model. Keperawatan, sebagai disiplin ilmu tersendiri, membutuhkan dasar ilmiah yang kokoh berdasarkan teori dan model keperawatan. Kehadiran teori dalam keperawatan memiliki peran krusial karena memberikan fondasi yang solid bagi praktik keperawatan dan membangun jembatan yang kuat antara praktisi dan peneliti.

Hingga saat ini, penerapan teori dan model keperawatan dalam praktik pelayanan masih belum mencapai potensi maksimalnya. Keperawatan keluarga, sebagai spesialisasi dalam bidang keperawatan, memerlukan teori dan model keperawatan yang khusus untuk memberikan pelayanan yang efektif kepada keluarga. Pengembangan teori dan model keperawatan keluarga harus terus berlanjut, teradaptasi dengan kondisi keluarga di Indonesia, sehingga praktik keperawatan keluarga dapat berjalan dengan baik.

Praktik keperawatan yang berdasarkan teori memiliki nilai penting dalam keperawatan keluarga karena membantu perawat untuk memahami, mengidentifikasi, menganalisis, dan merumuskan permasalahan keperawatan dalam konteks keluarga yang kompleks. Asuhan keperawatan keluarga memerlukan pendekatan teori dan model keperawatan yang

mendasar, yang membantu perawat dalam melakukan penilaian keluarga, merumuskan masalah keluarga, merencanakan intervensi, memberikan bimbingan dalam melaksanakan intervensi, serta melakukan evaluasi terhadap keluarga yang dirawat.

Praktik keperawatan keluarga memanfaatkan teori dari tiga disiplin ilmu khusus, yaitu ilmu keperawatan, ilmu keluarga sosial, dan ilmu terapi keluarga. Berbagai teori ini mencakup beragam perspektif, konsep, model, atau aliran yang tumpang tindih satu sama lain. Selain itu, teori-teori keluarga juga sering mengintegrasikan konsep-konsep dari teori besar seperti teori perkembangan, interaksi simbolik, konstruktivisme fungsional, pertukaran sosial, dan teori sistem. Pilihan teori yang digunakan oleh perawat keluarga bergantung pada situasi keluarga, pengetahuan dan keterampilan perawat, tujuan keluarga, serta peran perawat dalam dinamika keluarga.

Keperawatan sebagai disiplin ilmu memiliki beragam teori dan model yang dapat diterapkan dalam praktik keperawatan keluarga. Beberapa contoh teori dan model yang relevan termasuk Model Lingkungan oleh Florence Nightingale, Teori Pencapaian Tujuan oleh Imogene King, Model Adaptasi oleh Calista Roy, Model Sistem Kesehatan oleh Betty Neuman, Model Self-Care oleh Dorothea Orem, Teori Manusia Seutuhnya oleh Martha Rogers, dan Model Keluarga Friedman.

Sebagai perawat yang berfokus pada praktik keperawatan keluarga, penting untuk memahami dan menerapkan teori dan model keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kebutuhan keluarga yang dirawat. Dengan demikian, praktik keperawatan keluarga dapat memberikan manfaat yang lebih besar bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

2.2 Teori dan Model Keperawatan Keluarga

Teori keperawatan dapat didefinisikan sebagai kumpulan konsep, definisi, hubungan, asumsi, atau preposisi yang berasal dari model keperawatan atau disiplin lainnya, serta elemen-elemen lain yang relevan. Teori ini digunakan secara sistematis untuk memeriksa berbagai fenomena dengan desain yang khusus, yang saling terkait satu sama lain, dengan tujuan memberikan gambaran, penjelasan, dan kemampuan untuk meramalkan fenomena dalam konteks keperawatan (Nursing Theories: A Companion to Nursing Theories, 2008). Teori keperawatan adalah kerangka konseptual yang tersedia dalam literatur, yang dapat digunakan untuk membentuk alur pemikiran atau menggambarkan model keperawatan yang ada. Teori ini memberikan dasar yang rasional untuk mengembangkan hipotesis dalam praktik keperawatan.

Di sisi lain, model konseptual adalah struktur konsep dan teori yang bekerja bersama untuk memberikan gambaran menyeluruh dalam mengembangkan pemahaman ilmiah. Model konseptual membantu kita untuk memikirkan individu dan lingkungannya dengan cara yang bermanfaat dalam berbagai situasi, membantu dalam penentuan prioritas pelayanan, serta memberikan tantangan kepada perawat untuk berperan aktif dalam membantu pasien mengubah kondisi mereka dari ketergantungan menjadi mandiri (Nursing Theories, 2008).

2.2.1 Model Lingkungan dari Florence Nightingale

Florence Nightingale, meskipun tidak secara resmi mengembangkan teori keperawatan atau keperawatan keluarga, memiliki pendekatan unik dalam praktiknya. Lobo (1995), yang disitir oleh Friedman (2004), menggambarkan Nightingale sebagai seorang yang sangat memahami pentingnya lingkungan dalam kesehatan dan penyakit. Sebagai contoh, Nightingale menyatakan bahwa kondisi bangunan rumah yang buruk dapat memengaruhi kesehatan seseorang.

Dia bahkan mengaitkan bangunan rumah sakit yang tidak memadai dengan timbulnya penyakit. Nightingale juga menekankan bahwa sirkulasi udara yang buruk dapat menyebabkan penyakit (Friedman,2004).

Dalam pandangan Nightingale, perawat memiliki peran penting dalam asuhan keluarga. Friedman (2004) mengutip bahwa Nightingale mempromosikan perawat kebidanan dan pelayanan kesehatan berbasis rumah. Ia juga mencatat catatan keperawatan yang menunjukkan bahwa wanita terlibat dalam merawat anggota keluarga yang sakit dan menjaga kesehatan anak-anak di rumah. Dalam dokumennya yang berjudul "Pelatihan perawat untuk keluarga yang miskin" Nightingale (1949), menegaskan bahwa perawat harus menyatukan asuhan untuk orang sakit dan perawatan kesehatan dalam lingkungan rumah. Dia memperjuangkan gagasan perawatan kesehatan berbasis rumah dan menggabungkan perawatan anak-maternal dalam praktik perawatan keluarga secara menyeluruh.

Nightingale melakukan banyak upaya untuk mempromosikan penugasan wanita untuk memberikan asuhan perawatan yang berkualitas di rumah, sambil berusaha menciptakan program pelatihan bagi perawat profesional. Pandangannya kemungkinan sejalan dengan pemikiran bahwa perawatan bukan hanya tindakan, tetapi juga merupakan sebuah profesi dan disiplin ilmu yang nyata (Friedman, 2004). Meskipun tidak secara eksplisit mengembangkan teori, pandangan dan praktik perawatan Florence Nightingale telah memberikan kontribusi penting dalam perkembangan keperawatan dan penghargaan terhadap peran penting lingkungan dalam kesehatan dan perawatan keluarga.

2.2.2 Teori Imogene King tentang Pencapaian Tujuan (*Interacting Systems Framework and Middle Range Theory of Goal Attainment*)

Teori Imogene King bertujuan untuk menjelaskan peran perawat dalam praktek keperawatan serta bagaimana perawat membuat keputusan sehari-hari dalam pekerjaannya. King menggarisbawahi pentingnya interaksi antara perawat dan pasien dalam kerangka hubungan profesional untuk mencapai tujuan tertentu. Dalam perkembangannya, teori King dikenal sebagai "Teori Pencapaian Tujuan" yang dibangun berdasarkan berbagai karakteristik yang saling berinteraksi.

Teori ini juga menitikberatkan pada pemberi dan penerima pelayanan keperawatan, yang dilihat sebagai sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya. Teori pencapaian tujuan King menggambarkan interaksi ini melalui simbol-simbol, yang mencerminkan individu sebagai bagian dari masyarakat yang berperan dalam memahami dan berkomunikasi melalui simbol-simbol (Meleis, 2007).

Dalam teori King, fokus utamanya adalah pada interaksi antara perawat dan pasien, yang dilihat dari perspektif sistem. Keunggulan dari model ini adalah partisipasi pasien dalam menetapkan tujuan perawatan, mengambil keputusan bersama, dan berinteraksi dalam mencapai tujuan tersebut. Teori ini sangat relevan dalam kerja sama antara tenaga kesehatan profesional. Teori King juga dapat diterapkan pada individu, keluarga, atau kelompok dengan penekanan pada aspek psikologis, sosial-budaya, dan hubungan interpersonal. Dalam semua kasus, pemahaman tentang kondisi psikologis tetap penting untuk pendekatan yang holistik.

2.2.3 Model Sister Callista Roy tentang Adaptasi (*Adaptation Model*)

Teori Imogene King, yang dikenal sebagai "Model Adaptasi Roy," mencoba menjelaskan bagaimana manusia beradaptasi dalam berperilaku, berpikir, dan merasakan sebagai individu atau kelompok dalam rangka menciptakan lingkungan yang terintegrasi. Adaptasi ini dipicu oleh berbagai stimulus, termasuk faktor-faktor seperti budaya, status sosial ekonomi, etnis, sistem keyakinan, struktur keluarga, tahap perkembangan individu, kondisi fisik dan psikologis, persepsi, pengetahuan, dan lingkungan sekitar. Roy mengidentifikasi tiga tingkat adaptasi pada manusia, yaitu stimulus fokal (yang memiliki pengaruh kuat pada individu), stimulus kontekstual (yang dapat mempengaruhi individu baik secara internal maupun eksternal), dan stimulus residual (ciri tambahan yang relevan dengan situasi adaptasi yang sulit untuk diobservasi).

Dalam teori ini, Roy mengusulkan tiga proses adaptasi: mekanisme koping (yang melibatkan mekanisme bawaan dan mekanisme yang diperoleh melalui pengembangan atau pengalaman), pengaturan subsistem (yang melibatkan sistem tubuh seperti saraf, proses kimiawi, dan sistem endokrin), dan subsistem cognator (yang mencakup empat sistem pengetahuan dan emosi, seperti pengolahan persepsi, pembelajaran, pertimbangan, dan emosi). Sistem adaptasi yang diusulkan Roy memiliki empat model adaptasi, termasuk fungsi fisiologis (seperti oksigenasi, nutrisi, dan lain-lain), konsep diri (bagaimana individu berinteraksi sosial), fungsi peran (proses penyesuaian dalam peran sosial), dan interdependensi (kemampuan dalam hubungan interpersonal individu atau kelompok).

Dalam pemahaman Roy, terdapat dua jenis respon adaptasi: respon adaptif (ketika manusia mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh manusia) dan respon yang tidak adaptif (ketika manusia tidak dapat mengendalikan keseimbangan

sistem tubuh manusia atau tidak mencapai tujuan yang diinginkan).

2.2.4 Model Betty Neuman tentang Sistem Kesehatan (*System Model*)

Model sistem Neuman membawa pandangan baru tentang manusia sebagai entitas holistik, yang mencakup berbagai aspek fisik, psikologis, sosial, perkembangan, dan spiritual yang saling berinteraksi dalam dinamika respons sistem terhadap stresor, baik yang berasal dari lingkungan internal maupun eksternal (Marriner-Tomey, 2006).

Model ini memiliki komponen utama berupa stres dan respons terhadap stres. Klien dilihat sebagai sistem terbuka dengan siklus input, proses, output, dan umpan balik yang menciptakan pola organisasi yang dinamis. Dengan perspektif sistem ini, klien dapat merujuk kepada individu, kelompok, keluarga, komunitas, atau kelompok agregat lainnya, dan dapat diterapkan dalam berbagai disiplin ilmu (Marriner-Tomey, 2006).

Tujuan utama dari model ini adalah mencapai stabilitas sistem secara optimal. Ketika stabilitas tercapai, terjadi revitalisasi, dan sebagai sistem terbuka, klien selalu berusaha untuk mempertahankan keseimbangan antara berbagai faktor, baik yang ada di dalam maupun di luar sistem yang berpengaruh. Neuman mengidentifikasi gangguan-gangguan ini sebagai stresor yang dapat memiliki dampak negatif atau positif. Respons terhadap stresor bisa bersifat potensial atau aktual melalui respon dan gejala yang dapat diidentifikasi.

Neuman menggambarkan aspek-aspek model sistemnya dalam suatu diagram lingkaran konsentris yang meliputi variabel fisiologis, psikologis, sosial-budaya, perkembangan, dan spiritual, struktur dasar dan sumber energi, garis resistensi, garis pertahanan normal, garis pertahanan fleksibel,

stresor, respons, serta pencegahan primer, sekunder, dan tersier, serta faktor intra, inter, dan ekstrapersonal, serta rekonstitusi. Faktor lingkungan, kesehatan, keperawatan, dan manusia juga merupakan bagian integral dari model ini yang saling berhubungan dan mendukung mencapai stabilitas sistem.

Neuman percaya bahwa klien adalah sistem yang terdiri dari lima variabel yang membentuk sistem klien, yaitu fisik, psikologis, sosial-budaya, perkembangan, dan spiritual. Neuman juga menegaskan bahwa klien adalah entitas holistik dan multidimensional. Pernyataan ini menunjukkan bahwa setiap individu memiliki keunikan dalam cara merespons peristiwa dalam kehidupan sehari-hari. Sistem klien didefinisikan dengan struktur dasar dan lingkaran konsentris yang saling terhubung, termasuk pertahanan umum, garis pertahanan normal, dan garis pertahanan fleksibel.

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

Dalam pandangan Orem, perawatan keperawatan didasarkan pada keyakinan bahwa setiap individu memiliki kemampuan untuk merawat diri sendiri, yang membantu mereka memenuhi kebutuhan hidup, menjaga kesehatan, dan kesejahteraan mereka. Teori ini sering disebut sebagai Teori Perawatan Mandiri atau Teori Kekurangan Perawatan Mandiri (Marriner-Tomey, 2006).

Ada tiga prinsip utama dalam perawatan mandiri atau perawatan diri. Pertama, perawatan diri yang holistik mencakup kebutuhan dasar seperti oksigen, air, makanan, eliminasi, aktivitas, istirahat, serta pencegahan cedera dan kebutuhan lainnya. Kedua, perawatan diri harus disesuaikan dengan tahap perkembangan individu. Ketiga, perawatan diri dilakukan baik untuk menjaga kesehatan maupun mengatasi masalah kesehatan. Orem meyakini

bahwa perawat diperlukan ketika seseorang tidak mampu merawat diri sendiri. Dalam peran perawat, mereka bertanggung jawab untuk menjaga dan mempertahankan hubungan terapeutik dengan pasien, mengidentifikasi saat individu memerlukan bantuan atau perawatan, memantau respons pasien, memberikan perawatan langsung kepada individu dan keluarga, serta berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya.

Model Orem (1971) menjelaskan bahwa perawatan keperawatan diperlukan ketika individu dewasa tidak dapat melakukan perawatan mandiri sepenuhnya untuk mendukung hidup, menjaga kesehatan, pulih dari penyakit atau cedera, atau mengatasi dampak dari penyakit atau cedera. Model Orem juga mencakup situasi di mana perawatan keperawatan mungkin langsung diberikan kepada orang tua atau wali dari anak yang sakit. Enam konsep utama dalam model Orem adalah perawatan diri, agensi perawatan diri, tuntutan perawatan diri yang terapeutik, kekurangan perawatan diri, agensi keperawatan, dan sistem keperawatan (Friedman, 2004).

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

Teori Martha E. Rogers tentang "Unitary Human Being" membawa pandangan baru dalam dunia keperawatan. Teori ini menyoroti perbandingan antara kesehatan dan penyakit serta menekankan hubungan saling memengaruhi antara lingkungan dan manusia. Dalam pandangan ini, manusia bisa dilihat dalam berbagai konteks, seperti individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau yang lainnya, yang semuanya menjadi bagian dari satu kesatuan yang utuh. Pola lapangan, yang merupakan inti dari ilmu ini, bisa dianggap sebagai hasil dari interaksi antara manusia dan lingkungan (Marey & Tomey, 2006).

Teori "Science of Unitary Human Being" oleh Martha E. Rogers memberikan kerangka kerja yang penting bagi ilmu

keperawatan. Ini membantu kita memahami bagaimana manusia dilihat, bagaimana hubungan mereka dengan lingkungan, dan bagaimana praktek keperawatan dapat dikembangkan. Perawat dihadapkan pada tantangan untuk memperanankan peran mereka melalui pengembangan konsep, teori, dan praktik. Mereka memiliki tanggung jawab untuk secara logis menganalisis kerangka kerja ini dan menguji teorinya.

Penting bagi perawat untuk menggunakan pengetahuan yang mereka peroleh dari kerangka kerja ini dalam memberikan layanan kepada masyarakat. Ini melibatkan sintesis bijak dari ilmu pengetahuan dan seni dalam keperawatan. Semua perawat yang terlibat dalam ini harus aktif dalam berkomunikasi, mengajukan pertanyaan, menghadapi tantangan, dan memberikan kontribusi pada literatur ilmu keperawatan dengan menyampaikan hasil penelitian dan pengalaman praktik mereka. Inti dari teori Martha E. Rogers melibatkan Bidang Energi, Terbuka, Pola, dan Pandimensionalitas.

2.2.7 Model Friedman

Proses perawatan keluarga akan bervariasi tergantung pada siapa yang menjadi fokus perawatan. Perbedaan ini bergantung pada cara perawat mengkonseptualisasikan peran keluarga dalam praktik mereka. Ada dua pendekatan yang umum digunakan. Pertama, perawat yang melihat keluarga sebagai latar belakang atau konteks bagi individu pasien, dengan individu anggota keluarga menjadi fokus utama. Proses perawatan dalam pendekatan ini lebih berorientasi pada individu, yang merupakan pendekatan tradisional. Kedua, perawat yang menganggap keluarga sebagai unit perawatan, dengan keluarga sebagai sistem yang menjadi fokus utama, meskipun pendekatan ini jarang digunakan (Friedman, 2004).

Perawat keluarga harus mampu merangsang perawatan baik pada individu maupun pada sistem keluarga. Dalam hal ini, perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga harus mengambil dua pendekatan sekaligus, yaitu perawatan individu dan perawatan keluarga sebagai sistem. Oleh karena itu, dalam melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi, melaksanakan tindakan, dan melakukan evaluasi perawatan akan menjadi lebih kompleks dan mendalam (Friedman, 2004).

Dalam proses perawatan keluarga, terdapat beberapa langkah yang perlu diikuti:

1. Pengkajian anggota keluarga, termasuk aspek mental, fisik, emosional, sosial, dan spiritual.
2. Pengkajian terhadap keluarga, yang mencakup data sosial budaya, data lingkungan, struktur keluarga, dan fungsi keluarga secara menyeluruh.
3. Identifikasi masalah-masalah keluarga dan individu, yang merupakan dasar dari diagnosa keperawatan.
4. Perumusan rencana perawatan, termasuk penentuan tujuan, identifikasi sumber daya, pemilihan pendekatan alternatif, pemilihan intervensi perawatan, dan penetapan prioritas.
5. Implementasi rencana perawatan, yaitu pelaksanaan intervensi perawatan.
6. Evaluasi perawatan, untuk menilai efektivitas intervensi yang telah dilakukan dan mengidentifikasi perubahan yang mungkin diperlukan dalam rencana perawatan keluarga.

Ini adalah langkah-langkah yang membantu perawat dalam memberikan perawatan yang holistik dan komprehensif kepada keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J.A., & Spradley, B.W. 2001. Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E., & McFarlane, J. 2004. Community As Partner: Theory and Practice in Nursing, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. 2003. Family Nursing: Research Theory & Practice. New Jersey: Prentice Hall.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. 1999. Community Health Nursing: Caring in Action. USA: Delmar Publisher.
- McMurray, A. 2003. Community Health and Wellness: A Sociological Approach. Toronto: Mosby.
- Nies, M.A., and McEwan, M. 2001. Community Health Nursing: Promoting the Health of Populations, 3rd Ed. Philadelphia: Davis Company.
- Pender, N.J., Carolyn, L.M., Mary, A.P. 2002. Health Promotion in Nursing Practice, 4th edition. Stamford: Appleton & Lange.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. 1996. Community Health Nursing: Promoting Health Of Aggregates, Families And Individuals, 4th ed. St. Louis: Mosby, Inc.

BAB 3

KOPING DAN KRISIS KELUARGA

Oleh Wahyuny Langelo

3.1 Pendahuluan

Keluarga merupakan unit yang paling kecil yang ada dalam masyarakat. Keluarga adalah unit yang sangat kuat pengaruhnya pada suatu kondisi. Fungsi keluarga akan berjalan dengan baik jika semua sistem yang ada dalam keluarga diciptakan dengan baik yaitu dalam hal dinamisasi dalam berinteraksi satu dengan yang lain, keluarga saling membantu dalam mengambil keputusan dan mendapatkan solusi dalam keluarga (Maryam, 2016). Keluarga adalah sistem sosial kecil yang merupakan bagian yang sangat saling membutuhkan satu sama lain dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari dalam dan dari luar. (Friedmen, 2010). Kehidupan berkeluarga akan mengalami berbagai perubahan dan perubahan ini dipengaruhi oleh stimulus yang akan menyebabkan munculnya stressor. Stres dalam keluarga akan berdampak pada sebuah krisis yang akan muncul. Stres yang terjadi pada suatu keluarga diakibatkan karena keluarga tidak memiliki strategi koping yang baik dalam mengatasi ancaman-ancaman stressor (Maryam, 2016). Agar setiap keluarga mampu untuk beradaptasi dengan krisis yang muncul dalam keluarga maka diperlukan adanya upaya positif untuk beradaptasi dengan menggunakan strategi koping keluarga.

3.2 Koping Keluarga

Keluarga disebut sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang saling membutuhkan satu sama lain. Keluarga dipengaruhi oleh struktur dalam keluarga maupun di luar keluarga. Selain individu maka, keluarga membutuhkan pelayanan kesehatan untuk

melakukan tugas sesuai dengan tugas perkembangan keluarga. Kesehatan individu akan berkaitan dengan tingkat kesehatan keluarga. Jika suatu keluarga memiliki kesehatan yang baik berdampak pada kesehatan setiap individu yang ada dalam keluarga (Wahyuni, 2021). Keluarga selalu mengalami perubahan dan perkembangan. Stimulus ini berasal dari luar maupun dalam. Diperlukan adanya strategi dan proses koping keluarga agar keluarga dapat terus bertahan dan berkembang sesuai dengan tahap dan perkembangannya (Padila, 2012).

3.2.1 Sumber Stressor Keluarga (Stimulus)

Stresor disebut sebagai agen pencetus yang menyebabkan terjadinya stres. Dalam keluarga stresor berkaitan dengan adanya kejadian dalam hidup keluarga yang berubah. Kejadian ini berupa pengalaman pribadi anggota keluarga (internal dan eksternal), komunitas, masalah ekonomi, sosial budaya dan pandangan keluarga terhadap masalah. Stres adalah suatu respon atau keadaan menegangkan yang diakibatkan oleh stresor atau tuntutan yang tidak dapat diatasi. Keluarga diharapkan mampu untuk mengatasi tuntutan yang ada sehingga, keluarga diminta untuk mampu beradaptasi. Adaptasi disebut sebagai proses menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi. Adaptasi dapat berupa positif dan negatif dimana adaptasi ini dapat membantu untuk menurunkan dan meningkatkan kesehatan keluarga.

Agar keluarga mampu untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi maka, keluarga dapat menggunakan tiga strategi adaptasi menurut White (Friedman dalam Susanto, 2021), yaitu: mekanisme pertahanan, strategi koping adaptif keluarga dan penguasaan. Strategi koping yang pertama adalah mekanisme pertahanan. Mekanisme pertahanan ini dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah-masalah yang disebabkan oleh stresor. Ini dilakukan jika masalah tidak dapat diselesaikan dengan jelas. Yang kedua adalah strategi koping adaptif keluarga. Pada strategi ini keluarga diharapkan berusaha untuk

menyelesaikan masalahnya dan ini merupakan salah satu strategi yang baik.

Yang ketiga adalah penguasaan. Strategi ini merupakan adaptasi yang paling positif. Pada koping ini dilakukan dengan melakukan upaya koping yang benar-benar dapat diatasi yang merupakan hasil dari upaya yang efektif. Hal ini dipraktikkan dengan baik dengan melihat pada kemampuan suatu keluarga.

3.2.2 Koping Keluarg

Kemampuan bertahan hidup diperlukan agar setiap manusia dapat bertahan hidup dalam lingkungan yang berubah dengan cepat (koping). Koping merupakan suatu proses yang memerlukan kemampuan untuk memecahkan masalah agar dapat mengelola kondisi stres (Susanto, 2021). Kemampuan bertahan hidup ini adalah

Suatu proses dalam keluarga dengan menggunakan berbagai sumber yang ada dalam keluarga untuk memperbaiki perilaku dan menggunakan sumber-sumber tersebut untuk mempererat anggota keluarga. Kemampuan ini diharapkan setiap anggota keluarga dapat mengurangi tuntutan hidup yang stres (Friedmen, 2010).

A. Strategi Koping Internal dan eksternal

a. Strategi koping keluarga internal:

1. Mengandalkan keluarga sendiri. Keluarga berusaha untuk mengatasi tekanan dengan saling membutuhkan satu sama lain dalam keluarga. Mempererat kekuatan dalam keluarga adalah hal penting untuk menghadapi masalah keluarga. Dengan hal ini keluarga dapat menciptakan kekuatan dalam keluarga sehingga dapat mengendalikan masalah yang terjadi dalam keluarga.

2. Humor

Humor dapat meningkatkan daya tahan tubuh seseorang, memberikan semangat sehingga dapat

membantu dalam proses penyembuhan. Humor merupakan hal yang penting dalam keluarga. Kecemasan dapat berkurang, keluarga menjadi lebih tenang, padangan terhadap masalah berubah jika dalam keluarga memiliki nilai humor dan dengan tertawa memberikan kekuatan pada seseorang dalam mengatasi tekanan dalam keluarga. Harapan dan sikap positif dapat tumbuh dalam keluarga sehingga depresi, perasaan tidak mampu menyelesaikan masalah tidak ada. Dalam menghadapi stress dapat digunakan humor sebagai salah satu terapi.

3. Mengungkapkan Masalah bersama

Merupakan suatu cara untuk membawa keluarga lebih dekat satu sama lain. Hal ini sangat membantu setiap anggota keluarga untuk mengatasi masalah secara bersama sama dan melakukan aktivitas keluarga Bersama. Keluarga yang memiliki waktu untuk melakukan pengungkapan Bersama akan memiliki ikatan keluarga yang kuat. Beberapa hal yang dapat dilakukan bersama dengan keluarga adalah membahas masalah bersama, bermain bersama, saling mengenal, memiliki waktu bersama-sama, dll.

4. Mengontrol Arti dan Makna masalah

Keluarga diminta untuk melihat sesuatu dengan sudut pandang yang lain terhadap masalah yang dihadapi. Menilai sesuatu dengan positif dan memiliki keyakinan yang optimis bahwa masalah dapat terselesaikan dan ini merupakan tantangan dalam keluarga. Ini dipercaya dapat membantu mengurangi masalah dan mencegah timbulnya masalah lain.

5. Menyelesaikan Masalah Bersama.

Keluarga dianggap peka terhadap lingkungan jika mampu menggunakan penyelesaian masalah yang

efektif. Tipe keluarga ini seperti melihat sifat masalah sebagai sesuatu “diluar sana” sehingga tidak membuat masalah masuk dalam keluarga.

6. Fleksibilitas Peran

Keluarga diminta untuk mampu beradaptasi pada perubahan, perkembangan keluarga dan perubahan lingkungan. Hal ini merupakan dimensi utama adaptasi keluarga. Jika keluarga mampu untuk mengatasi masalah yang ada maka, keluarga dianggap mampu untuk menjaga keseimbangan dengan perubahan yang terjadi. Fleksibilitas peran memungkinkan keberlanjutan keseimbangan dalam keluarga.

7. Menormalkan.

Keluarga menormalkan segala sesuatu ketika melakukan koping terhadap stressor yang terjadi dalam jangka Panjang yang dilihat dapat merusak kehidupan keluarga. Strategi koping ini digunakan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kronis.

b. Strategi Koping Keluarga Eksternal:

1. Mencari Informasi

Keluarga berusaha untuk mendapatkan pengetahuan dan informasi yang berhubungan dengan penyebab masalah yang terjadi. Hal ini berfungsi agar keluarga dapat mengontrol situasi yang terjadi dan mengurangi kecemasan serta dapat membantu keluarga untuk melihat penyebab stress dengan akurat.

2. Memelihara Hubungan Aktif dengan Komunitas

Merupakan suatu koping keluarga yang berkelanjutan, bersifat jangka panjang dan bersifat umum. Keluarga merupakan anggota kelompok masyarakat. Keluarga tidak mampu melayani semua kebutuhan anggota keluarga tanpa adanya bantuandari sumber-sumber

lain sehingga, memiliki hubungan baik dengan komunitas adalah hal yang sangat penting.

3. Mencari Dukungan Sosial

Merupakan strategi koping keluarga eksternal yang penting. Setiap keluarga memiliki jaringan kerja social yang penting dan unik. Tujuannya dukungan social ini adalah memberikan bantuan pemeliharaan, memenuhi kebutuhan psikosial/ emosional.

4. Mencari Dukungan Spiritual

Dukungan spiritual merupakan cara yang penting dalam mengatasi tekanan yang ada dalam keluarga. Berdoa dan percaya kepada Tuhan merupakan cara yang dianggap oleh keluarga merupakan hal yang dibutuhkan terlebih menghadapi masalah yang berhubungan dengan Kesehatan.

B. Strategi Koping (Lazarus dan Folkman (1984) dalam Maryam (2017))

- a. Koping yang berfokus pada masalah. Koping ini dilakukan dengan berusaha untuk mengatasi masalah dengan cara mengubah lingkungan dan mengubah masalah dari adanya tekanan. Tujuan koping ini dilakukan adalah mengurangi masalah dari suatu keadaan yang sangat tertekan dengan cara memperluas cara untuk mengatasi tekanan tersebut. Koping ini dapat digunakan jika sumber masalah dapat diubah dengan mudah. Beberapa hal dapat dilakukan dengan cara yaitu; pertama adalah Koping konfrontasi yaitu, usaha keluarga dalam mengatasi masalah dengan agresif, marah dan berani mengambil resiko. Mencari dukungan sosial yaitu, usaha yang dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain. Perencanaan penyelesaian masalah yaitu, usaha yang dilakukan oleh keluarga dengan sistematis.

Penyelesaian masalah ini keluarga sangat berhati-hati, sangat terstruktur dalam menyelesaikan masalah dan kemudian dianalisis dengan sangat baik. Strategi ini dapat digunakan ketika masalah yang dihadapi dapat dikontrol.

- b. Koping yang berfokus pada emosional. Koping ini dilakukan dengan berusaha mengatur tanggapan secara emosional yang muncul karena banyaknya tekanan. Tujuan koping ini adalah mengontrol tanggapan emosional ketika berada pada situasi yang menyebabkan stress. Keluarga dapat melakukan ini dengan beberapa pendekatan antara lain adalah pendekatan perilaku dan pendekatan kognitif. Hal ini dapat dilakukan pertama dengan mengontrol diri sendiri yaitu, usaha yang bertujuan untuk mengontrol emosional ketika tertekan. Yang kedua adalah menjaga jarak yaitu usaha yang dilakukan untuk menjauh dari permasalahan, menganggap masalah tidak terjadi dan menghindari, berpikir positif untuk masalah yang muncul. Yang ketiga adalah penilaian positif yang berulang yaitu ,suatu usaha yang dilakukan dalam mencari sisi positif dari permasalahan dengan cara melakukan pengembangan diri, misalnya terlibat dalam aktivitas yang bersifat religi.

Yang keempat adalah menerima tanggung jawab yaitu, usaha yang dilakukan untuk menumbuhkan rasa tanggung jawab terhadap permasalahan yang dihadapi dan mencoba menerima serta memperbaiki untuk membuat situasi menjadi lebih baik. Yang terakhir adalah melarikan diri yaitu, usaha yang dilakukan dengan cara lari dari situasi masalah tersebut atau lebih memilih untuk menghindarinya dengan beralih pada hal negatif seperti banyak makan dan minum, merokok, atau menggunakan obat- obatan terlarang. Strategi ini dapat digunakan ketika menghadapi masalah yang sulit dikontrol.

C. Strategi Koping Disfungsional Keluarga

Strategi disfungsional keluarga merupakan strategi defensif habitual dimana cenderung tidak menghapuskan atau menghilangkan atau melemahkan stresor. Strategi ini dapat mengurangi stres secara sementara tetapi stress tersebut dapat kembali jika stressor yang mendasar tidak dihadapi dengan baik. Strategi ini dapat dibedakan menjadi tiga yaitu: (Friedman, M., V.R. Bowden & E.G. Jones, 2010): yang pertama adalah penyangkalan masalah keluarga. Dalam strategi yang pertama ini dilakukan dengan adanya penyangkalan oleh anggota keluarga. Eksploitasi emosional dilakukan oleh keluarga dengan menyalahkan orang lain, diancam, menggunakan mitos keluarga, penyangkalan dari pola komunikasi.

Yang kedua adalah perpecahan dan kecanduan dalam keluarga. Pada strategi ini adanya perpisahan baik secara fisik atau psikososial dalam keluarga agar mengurangi ketegangan yang terjadi dalam keluarga. Perpisahan ini dilakukan dengan mengabaikan anggota keluarga, bercerai, terlibat dalam penggunaan obat terlarang maupun alkohol.

Yang ketiga adalah kekerasan dalam keluarga. Hal ini terjadi dengan cara mengancam, adanya kekuasaan dalam keluarga sehingga kekerasan dapat terjadi. Jenis-jenis kekerasan yang terjadi adalah penyanjiaan pada anak, saudara kandung, lansia, orang tua, homoseksual dan pengabaian anak. Kekerasan yang terjadi ini dapat dilihat dari siapa pelaku dan korbannya.

D. Faktor Mekanisme Koping Keluarga (Wuryaningsih dkk, 2018).

1. Faktor Keuangan (status sosial ekonomi).

Keluarga yang memiliki pekerjaan dan penghasilan yang tidak tetap berdampak pada pengambilan keputusan dalam perawatan Kesehatan. Pola berpikir keluarga akan berubah ketika keluarga memiliki status ekonomi rendah.

Hal ini akan mempengaruhi usaha keluarga dalam hal penyembuhan bagi anggota keluarga yang memiliki masalah Kesehatan, usaha dalam menggali informasi terkait penyakit yang diderita serta usaha pengobatan efektif. Keluarga lebih mementingkan upaya dalam hal menambah penghasilan dan berusaha mencukupi kebutuhan hidup.

2. Faktor Dukungan Sosial

Dukungan ini merupakan dukungan yang berasal dari orang lain diluar anggota keluarga inti. Hal ini merupakan hal yang penting karena keluarga merasa dibantu dan didukung oleh banyak orang. Keluarga tidak sendiri dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Keluarga besar dapat memberi dukungan untuk menyelesaikan masalah dengan cara mendapatkan informasi dan mencari alternatif pengobatan. Hal ini sangat membantu keluarga karena dapat dengan mudah mendapatkan penyelesaian atas masalah yang dihadapi.

3. Faktor Keyakinan (Spiritualitas)

Keluarga yang memiliki mekanisme koping yang baik akan menganggap ketika terjadi masalah atau ada anggota yang sakit merupakan ujian yang berasal dari Tuhan. Keluarga yakin dan percaya bahwa semua terjadi atas kehendak Tuhan sehingga mereka merasa lebih tenang dan optimis atas keadaan ini. Mereka menyerahkan segala sesuatu di tangan Sang Pencipta.

4. Faktor Pengetahuan Keluarga

Keputusan yang diambil keluarga sangat dipengaruhi oleh pengetahuan anggota keluarga terhadap suatu penyakit ataupun perawatan kesehatan. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang baik akan mengambil keputusan yang baik dengan membawa anggota keluarga yang sakit pada fasilitas pelayanan Kesehatan yang ada seperti rumah sakit,

puskesmas dan klinik. Keluarga dengan tingkat Pendidikan yang kurang memilih untuk membawa anggota keluarga yang sakit ke dukun dengan asumsi bahwa penyakit yang diderita adalah karena adanya roh halus

5. Faktor Pola Komunikasi Keluarga

Komunikasi merupakan hal yang sangat penting dalam keluarga. Pola komunikasi sangat menentukan kebahagiaan keluarga. Keluarga yang mampu berinteraksi dengan baik dengan setiap anggota keluarga memudahkan keluarga untuk mengambil keputusan dalam perawatan Kesehatan. Adanya respon dan umpan balik dari setiap anggota keluarga sangat membantu dalam terbentuknya pola komunikasi yang baik. Komunikasi yang tidak baik dalam keluarga menimbulkan ketidakharmonisan dalam keluarga sehingga masalah dapat muncul seperti hubungan suami istri serta orang tua dan anak yang kaku. Hal ini menghambat keluarga untuk dapat berkomunikasi satu dengan yang lain.

E. Pengukuran Mekanisme Koping

Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (FCOPES) oleh McCubbin, Olson dan Larsen (1983) digunakan untuk mengukur mekanisme koping keluarga. Pengukuran ini dilakukan untuk mengetahui penyelesaian masalah dan strategi perilaku keluarga ketika keluarga diperhadapkan pada masalah dalam keluarga. Asumsi dasar penggunaan pengukuran ini adalah koping pada keluarga dihasilkan dari adanya sumber yang terus menerus mengalami perkembangan, penajaman dan modifikasi dari waktu ke waktu (Sutini dkk, 2009).

Pengukuran mekanisme koping dibagi menjadi lima yaitu:

1. Sumber Dukungan Sosial

Pengukuran ini dilakukan dengan melihat kemampuan keluarga untuk berbagi dengan keluarga yang lain. Hal ini dapat terlihat dengan cara berbagi emosi, harga diri, teman yang ada di lingkungan masyarakat, teman dekat bahkan tetangga dimana kita tinggal.

2. Reframing

Pengukuran ini dengan melihat kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah yang berat diubah menjadi suatu pandangan yang positif. Selain itu adanya peningkatan rasa nyaman dan penguasaan diri hingga keadaan keluarga menjadi seimbang.

3. Sumber Dukungan Spiritual

Pengukuran ini dilakukan dengan melibatkan keluarga pada kegiatan positif yaitu kegiatan yang berhubungan dengan keagamaan. Kegiatan ini dilakukan untuk membantu meningkatkan Kesehatan mental pada keluarga.

4. Kemampuan keluarga mencari dan menerima informasi

Pengukuran ini dilakukan dengan melihat kemampuan keluarga untuk mendapatkan informasi yang berasal dari tenaga ahli. Konseling yang berasal dari komunitas yang sama, konsultasi dengan tenaga media dan mendapatkan dukungan yang berasal dari keluarga lain di komunitas tempat kita tinggal.

5. Penerimaan secara pasif

pengukuran ini dilakukan dengan mengalihkan keluarga mengatasi kopingnya dengan cara menonton televisi dan mengalihkan perhatian pada kegiatan lainnya.

3.3 Krisis Keluarga

Kehidupan keluarga yang penuh dengan tekanan atau suatu keadaan dalam keluarga yang memiliki masalah yang menuntut sumber keluarga, kemampuan koping keluarga dan tidak memiliki penyelesaian masalah disebut sebagai krisis. Krisis dapat muncul dalam keluarga karena sumber-sumber dan strategi adaptif yang tidak secara efektif mengatasi stresor. Krisis dalam keluarga diartikan sebagai suatu keadaan yang kacau dalam keluarga dan stres tanpa ada penyelesaian masalah. Peterson mengungkapkan bahwa adanya krisis dalam keluarga dikarenakan adanya ketidakseimbangan antara permintaan dan sumber-sumber atau upaya koping. Ciri-ciri keluarga yang mengalami krisis adalah adanya kekacauan dalam keluarga, ketidaknyamanan keluarga, memerlukan bantuan lebih dari normal dan anggota keluarga bersifat reseptif terhadap informasi (Padila, 2013).

Dalam kehidupan keluarga terdapat krisis perkembangan dan krisis situasi. Krisis perkembangan merupakan suatu krisis yang berawal dari adanya kejadian stresor pada keluarga yang terjadi dalam proses perkembangan psikososial yang berasal dari anggota keluarga. Krisis ini merupakan bagian dari tahap siklus normal. Krisis situasi merupakan suatu krisis yang tidak diduga oleh keluarga seperti adanya kematian, sakit, dan lain-lain yang terjadi pada anggota keluarga (Nadirawati, 2018).

Beberapa hal yang harus diperhatikan ketika kita melakukan pengkajian dalam keluarga untuk melihat adanya stres dalam keluarga adalah dengan melihat apakah masalah yang terjadi diatasi dengan baik oleh setiap anggota keluarga dan apakah jika terjadi krisis dalam keluarga krisis tersebut merupakan bagian dari ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. 2012. *Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha ilmu.
- Friedman, M., V. R. Bowden, dan E. G. Jones. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, Dan Prakti*. Edisi Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Maryam, S. 2016. *Stres Keluarga: Model dan pengukurannya*. Jurnal Psikoislamedia. Volume 1, Nomor 2, Oktober 2016. <https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/Psikoislam/article/view/920/727>
- Maryam, S. 2017. Strategi Coping: Teori dan Sumberdayanya. *Jurnal Konseling Andi Matappa*. 1(2): 101-107. https://www.researchgate.net/publication/324997235_Strategi_Coping_Teori_Dan_Sumberdayanya
- Nadirawati. 2018. *Buku Ajara Asuhan Keperawatab Keluarga: Teori dan Aplikasi Praktik*. Bandung:Refika.
- Padila. 2012. *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Susanto, T. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga Edisi 2*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Wahyuny. T, Parliani, Hayati. D. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. CV Jejak: Sukabumi.

BAB 4

KESEHATAN REPRODUKSI DALAM KELUARGA

Oleh Immawanti

4.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi menjadi salah satu isu penting dalam bidang kesehatan. Hal ini karena banyaknya persoalan-persoalan yang ditimbulkan, baik secara biologis maupun social budaya. Masalah tersebut antara lain, seks bebas, aborsi, HIV/AIDS, pelacuran dan pemerkosaan. Maraknya persoalan tersebut salah satunya disebabkan karena kurangnya pendidikan tentang kesehatan reproduksi. Pendidikan kesehatan reproduksi menjadi penting mengingat masalah tersebut di atas selain dapat diminimalisir akibatnya, juga dapat dicegah penularannya. Salah satu wadah atau lembaga yang berperan penting dalam pendidikan kesehatan reproduksi adalah keluarga (Resmiwati, 2009).

Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Menurut Bailon yang dikutip Efendi, F & Makhfudli (2009), menjelaskan bahwa keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing, menciptakan dan mempertahankan satu budaya.

Keluarga adalah salah satu bagian dari pendidikan kesehatan reproduksi. Di lingkungan masyarakat setiap individu senantiasa dituntut oleh lingkungan sosial untuk berbuat dan

bertingkah-laku sesuai dengan adat dan kebiasaan-kebiasaan yang berlaku dimasyarakat tersebut. Oleh karena itu, sejak kelahiran anak akan dibimbing dan diarahkan oleh anggota keluarga untuk mematuhi adat dan bertingkah laku sesuai dengan nilai-nilai dan aturan-aturan yang berlaku di lingkungan masyarakat (Resmiwati, 2009)

Keluarga merupakan salah satu lembaga yang berperan penting dalam pembentukan pengetahuan terkait kehidupan biologis pria dan wanita serta hal-hal yang berkaitan dengan masalah tersebut. Maka dari itu, kebanyakan keluarga di Indonesia masih membagi peran yang berbeda antara pria dan wanita dalam hal perbedaan tugas dan pekerjaan rumah, perbedaan bentuk dan model pakaian, serta perbedaan jenis-jenis permainan. Demikian halnya dengan pendidikan kesehatan reproduksi (Aisyaroh, 2016). Pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan melalui institusi keluarga dimulai dari orang tua kepada anak-anaknya. Hal ini sebagai salah satu upaya dalam rangka peningkatan derajat Kesehatan.

4.2 Tinjauan Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menjadi isu global yang masuk kedalam tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) yakni menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua golongan usia. Kesehatan reproduksi memegang peran yang sangat strategis dan merupakan kunci dalam rangka mewujudkan generasi yang unggul dan Indonesia maju.

Sehat Reproduksi dan seksual merupakan hak seorang individu, keluarga, dan masyarakat tanpa memandang status, rasa, usia, gender, agama, orientasi seksual, ekonomi dan sosial. Permasalahan dalam kesehatan reproduksi dan seksual bukan topik bahasan tunggal, tetapi merupakan topik dengan multidisiplin subjek bahasan, yaitu subjek psikologis, sosial, biologis, dan subjek bahasan lainnya (Afiyanti and Pratiwi, 2017).

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Depkes RI, 2000).

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, dimana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu. Didalam memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi ada dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus.

1. Tujuan Utama

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya.
- b. Meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan.
- c. Meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak anaknya (Priyatni & Rahayu, 2016).

Masalah kesehatan reproduksi ditinjau dari pendekatan siklus kehidupan keluarga, meliputi :

1. Praktik tradisional yang berakibat buruk semasa anak – anak
2. Masalah kesehatan reproduksi remaja
3. Tidak terpenuhinya kebutuhan ber- KB, biasanya terkait dengan isu aborsi tidak aman.
4. Mortalitas dan morbiditas ibu dan anak, selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, yang diikuti dengan malnutrisi, anemia, berat bayi lahir rendah.
5. Infeksi saluran reproduksi, yang berkaitan dengan penyakit menular seksual.
6. Kemandulan, yang berkaitan erat dengan infeksi saluran reproduksi dan penyakit menular seksual.
7. Sindrom pre dan post menopause dan peningkatan resiko kanker organ reproduksi.
8. Kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan masalah ketuaan lainnya

Salah satu faktor yang paling berpengaruh di lingkungan remaja agar terhindar dari pengaruh pergaulan bebas adalah orangtua. Orang tua menjadi salah satu filter agar anak/remajanya tak terjerumus dalam pergaulan dan perilaku seks bebas. Orangtua yang memiliki hubungan yang harmonis akan menumbuhkan kehidupan emosional yang optimal untuk perkembangan kepribadian anak. Sebaliknya orang tua yang memiliki masalah dalam keluarga dapat menghambat komunikasi dalam keluarga tersebut, dan anak akan memiliki kerenggangan dari keluarga. Keluarga yang kurang atau tidak harmonis juga dapat berpengaruh pada perkembangan jiwa anak. (Rohmahwati, 2008). Oleh karena itu, lingkungan keluarga dalam upaya perlindungan Kesehatan reproduksi sangat besar pengaruhnya.

Upaya Perlindungan Kesehatan Reproduksi merupakan suatu hal yang harus bersifat kooperatif dari berbagai aspek seperti diri sendiri, pihak orang tua, sekolah dan lingkungan masyarakat yang harus diimbangi oleh norma agama dan sosial, untuk melindungi kesehatan reproduksi pada anak. Upaya perlindungan kesehatan reproduksi dapat dilakukan orang tua melalui cara sebagai berikut:

1. Menanamkan Nilai Budi Pekerti, termasuk nilai keagamaan, kesusilaan dan kepribadian.
2. Memfasilitasi perkembangan dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi anak dalam bersosialisasi.
3. Mengenalkan perlindungan kesehatan reproduksi

Hak- Hak Kesehatan Reproduksi menurut Depkes RI (2002) hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, antara lain :

1. Hak untuk hidup
2. Hak memperoleh kemerdekaan dan keamanan
3. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi
4. Hak – hak menjaga rahasia pribadi
5. Hak atas kebebasan berfikir
6. Hak mendapatkan informasi dan pendidikan
7. Hak untuk menikah atau tidak serta membentuk dan merencanakan keluarga
8. Hak untuk memutuskan mempunyai anak atau tidak dan kapan mempunyai anak
9. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan
10. Hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik
12. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk

4.3 Peran dan Fungsi Keluarga dalam Kesehatan reproduksi

Peran ialah pelaksanaan hak dan kewajiban seseorang sesuai dengan kedudukannya. Peran menentukan apa yang harus diperbuat seseorang bagi masyarakat serta kesempatan-kesempatan apa yang bisa diberikan masyarakat.

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat (Friedman, 2010). Peran keluarga dapat diklasifikasi menjadi dua kategori, yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga. Peran informal bersifat tidak tampak dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional keluarga dan memelihara keseimbangan keluarga. Berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah:

4.3.1 Peran Keluarga

1. Peran formal

Peran parental dan pernikahan antara lain, peran sebagai provider, pengatur rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi anak, rekreasi, persaudaraan, terapeutik, dan peran seksual.

2. Peran informal

Terdapat berbagai peran informal yaitu peran pendorong, pengharmonis, insiator-kontributor, pendamai, pioner keluarga, penghibur, pengasuh keluarga, dan perantara keluarga.

Sedangkan Effendi (2002) membagi peran keluarga sebagai berikut:

1. Peranan ayah.

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anaknya, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberian rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota keluarga masyarakat dari lingkungannya. as

2. Peranan ibu.

Ibu sebagai istri dari suami dan anak-anaknya, mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3. Peranan anak.

Anak-anaknya melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, sosial, dan spiritual.

4.3.2 Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Friedman, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4. Fungsi ekonomi yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi keperawatan atau pemeliharaan kesehatan yaitu fungsi untuk memeprtahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi. Ini dikembangkan menjadi tugas di bidang Kesehatan.

4.4 Tugas dan Bentuk Dukungan Keluarga di Bidang Kesehatan

4.4.1 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan yaitu:

1. Keluarga mengenali masalah kesehatan yang ada dalam keluarga.
2. Keluarga dapat memutuskan tindakan kesehatan yang tepat dalam menangani masalah kesehatan keluarga.
3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami permasalahan kesehatan.
4. Keluarga dapat memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarganya.
5. Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di sekitarnya dalam membantu kesehatan anggota keluarganya.

4.4.2 Bentuk Dukungan Keluarga di Bidang Kesehatan

Adapun bentuk Dukungan Keluarga di Bidang Kesehatan diantaranya adalah:

1. Dukungan Informasional
Dalam dukungan ini keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi mengenai

dunia. Menyampaikan penjelasan tentang pemberian sugesti, saran, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Dukungan ini bermanfaat dalam menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek yang termasuk kedalam dukungan ini antaralain usulan, saran, nasehat, petunjuk dan pemberian informasi.

2. Dukungan Penilaian

Dalam dukungan ini keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik; membimbing dan menengahi pemecahan masalah; sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan perhatian, support, dan penghargaan.

3. Dukungan Instrumental

Dalam dukungan ini keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, dimana kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan dipenuhi oleh anggota keluarga lainnya.

4. Dukungan Emosional

Dalam dukungan ini keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. adapun aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, perhatian, mendengarkan dan didengarkan, serta adanya kepercayaan.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa Kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan dengan Kesehatan seluruh sumber daya dan keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan Kesehatan dan perubahan – perubahan yang dialami keluarga. Perubahan sekecil

apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga atau orangtua. Sesuai peran dan fungsi keluarga, keluarga berperan dalam memberikan perawatan Kesehatan reproduksi (peran seksual) yang dimulai sejak masa kanak – kanak sampai individu tersebut memasuki usia dewasa.

Masa remaja merupakan masa yang paling penting dalam kehidupan, karena terjadi masa transisi atau peralihan, yaitu periode dimana individu secara fisik maupun psikis berubah dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Pada tahap ini remaja akan mengalami kematangan organ seksual dan pencapaian kemampuan reproduksi yang disertai dengan berbagai perubahan dalam pertumbuhan somatis dan perspektif psikologis. Percepatan pertumbuhan fisik ditandai dengan mulai berfungsinya alat-alat reproduksi yaitu menstruasi pada wanita dan mimpi basah pada laki-laki. Pada masa ini pula terdapat perubahan sikap dan perilaku remaja seperti mulai memperhatikan penampilan diri, mulai tertarik dengan lawan jenis, berusaha menarik perhatian dan muncul perasaan cinta yang kemudian akan timbul dorongan seksual (Solehati, Rahmat & Kosasih, 2019).

Remaja mempunyai masalah kesehatan reproduksi yang dapat berubah menurut siklus kehidupan, serta dipengaruhi oleh budaya dan praktek-praktek medis yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi segera setelah mereka lahir. Ketika anak mencapai masa pubertas, mereka mulai merasakan perubahan fisik, termasuk perubahan suara, munculnya alat kelamin sekunder, serta meningkatnya perkembangan jaringan otot. Perubahan- perubahan fisik ini sering kali diikuti dengan perubahan emosional dan perilaku, termasuk perkembangan perasaan seksual, belajar tentang hal-hal seksual, dan pertanyaan-pertanyaan seputar isu seksualitas. Pengalaman dan respon anak terhadap perubahan ini membentuk tingkat yang lebih tinggi terhadap gender dan antisipasi terhadap budayanya.

Peran orang tua adalah seperangkat tingkah laku dua orang ayah- ibu dalam bekerja sama dan bertanggung jawab berdasarkan keturunannya sebagai tokoh panutan anak semenjak terbentuknya pembuahan atau zigot secara konsisten terhadap stimulus tertentu baik berupa bentuk tubuh maupun sikap moral dan spiritual serta emosional anak yang mandiri. Sebagai orang tua bentuk kasih sayang yang diberikan tidak hanya memberikan pendidikan dan kepercayaan kepada anaknya tetapi juga penting untuk selalu mengontrol perkembangan anaknya, dan sebagai orang tua juga dapat menepatkan diri sebagai teman kepada anaknya agar anak lebih terbuka dengan orang tua dan akan merasa nyaman untuk menceritakan apa yang selalu terjadi pada dirinya dengan begitu orang tua akan dapat dengan mudah mengontrol perkembangan anaknya serta mengajarkan tentang pentingnya melindungi kesehatan reproduksi (Anwar, Rosdiana, Dhirah & Marniati, 2020). Pentingnya peran pengenalan tentang perilaku kesehatan reproduksi dari orang tua, akan mencegah terjadinya kegagalan pemahaman remaja yang dapat berdampak pada perilaku seks bebas. Peran pengenalan memerlukan kemampuan komunikasi yang positif untuk mendapatkan hasil pemahaman yang positif pula tentang Kesehatan reproduksi (Uyun, 2013).

4.4.3 Bentuk – bentuk peran keluarga lainnya dalam Kesehatan reproduksi

Beberapa hasil penelitian yang telah ada bahwa keluarga sangat berperan penting dalam bidang Kesehatan reproduksi. Berikut ini akan dituliskan beberapa hasil penelitian terkait Kesehatan reproduksi dalam keluarga.

Keluarga merupakan pendidik pertama dan utama bagi anaknya. Keluarga merupakan benih akal penyusunan kematangan individu dan struktur kepribadian. Anak – anak mengikuti orang tua dan berbagai kebiasaan dan perilaku dengan demikian keluarga adalah elemen Pendidikan lain yang paling tepat dan amat

besar. Dukungan orangtua atau keluarga sangat memegang peranan penting dalam meningkatkan pengetahuan remaja tentang Kesehatan reproduksi (Adriani, Yasnani, dan Arum; 2016). Hal ini terjadi karena orangtua merupakan lingkungan primer dalam hubungan antar manusia yang paling intensif dan paling awal terjadi dalam keluarga.

Ada banyak faktor lain yang turut memengaruhi perilaku seseorang adalah peran keluarga, peran orang tua, peran sekolah, peran orang-orang yang menjadi referensi dalam kehidupannya, sikap dan keyakinan, media informasi, serta adanya fasilitas dan sarana prasarana. Faktor lain yang berpengaruh signifikan terhadap perilaku seksual remaja yaitu teman sebaya dan paparan media informasi (Nurmansyah, Al-Aufa, Amran, 2012).

Penelitian lain menyatakan bahwa keluarga memiliki peran penting dalam menjaga Kesehatan reproduksi khususnya remaja Perempuan. Selain itu keluarga mempunyai peran pembinaan dan arahan terhadap anak tentang Kesehatan reproduksi remaja dan perencanaan kehidupan remaja di masa yang akan datang (Qoriaty, Azizah, 2017). Keluarga merupakan lingkungan belajar pertama, dimana orang tua terutama ibu mempunyai peran yang sangat penting dalam memberikan informasi mengenai kesehatan reproduksi pada anaknya secara benar (Notoatmodjo, 2003).

Mengenalkan kesehatan reproduksi mulai dari kecil serta menanamkan nilai budi pekerti merupakan salah satu tantang terbesar dalam keluarga dalam mendidik anak, dengan harapan anak dapat menunjukkan perilaku yang baik dalam pergaulan di dalam keluarga, sekolah, maupun Masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. and Pratiwi, A. 2017. Seksualitas Dan kesehatan Reproduksi Perempuan (Promosi, Permasalahan dan Penanganannya dalam pelayanan Kesehatan dan Keperawatan). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Andriani, H. Yasnani. Arum. 2016. Hubungan Pengetahuan, Akses Media Informasi dan Peran Keluarga terhadap Perilaku Seksual pada Siswa SMK Negeri 1 Kendari Tahun 2016.
- Chairanisa, A., Rosdiana, E., Dhirah, U.H., Marniati. 2020. Hubungan Pengetahuan dan Peran Keluarga dengan Perilaku Remaja Putri dalam Menjaga Kesehatan Reproduksi di SMP Negeri 1 Kuta Baro Aceh Besar. *Jurnal of Healthcare Technology and Medicine*. Vol. 6 No. 1. Universitas Ubudiyah Indonesia. E-ISSN : 2615 – 109X.
- Fadhlullah, M. H., Hariyana, B., Pramono, D., Adespin, D. A. 2019. Hubungan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Remaja. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. Vol. 8, Nomor 4. Hal. 1170 – 1178. ISSN Online 2540 – 8844.
- Friedman, M. M. 2010. Family Nursing Theory and Practice. Jakarta: EGC.
- Nadirawati. 2018. *Buku Ajarar Asuhan Keperawatan Keluarga Teori dan Aplikasi Praktik*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Nurmansyah, M.I., Al – Aufa., Amran, Y. 2012. Peran Keluarga, Masyarakat dan Media sebagai Sumber Informasi Kesehatan Reproduksi pada Mahasiswa. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. Vol. 3 No. 1. Hal 16 – 23.
- Notoatmodjo, S. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

- Prijatni, I., & Rahayu, S. 2016. Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Kementerian Kesehatan Reproduksi Indonesia Pusat Pendidikan dan Pelatihan, Sumber Daya Kesehatan. Kemenkes RI.
- Qoriaty, N.I dan Azizah, A. 2017. Hubungan Sikap Keluarga dengan Pembinaan Kesehatan Reproduksi pada Remaja di Kabupaten Balangan. *An-Nadaa*, hal. 39 – 42.
- Resmiwaty. 2009. Keluarga sebagai Lembaga Sosialisasi Kesehatan Reproduksi. *Jurnal Academica*. Fisip Untad. ISSN 1411 – 3341.
- Solehati, Tetti, Agus Rahmat, and Cecep Eli Kosasih. "Relation of Media on Adolescents' Reproductive Health Attitude and Behaviour." *Jurnal Penelitian Komunikasi Dan Opini Publik* 23.No. 1 2019: 40–53.
- Uyun, Z. 2016. Peran Orangtua dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi . Hal 356 – 372.

BAB 5

KELUARGA DENGAN ANGGOTA BERKEBUTUHAN KHUSUS

Oleh Rustam Aji Rochmat

5.1 Pengertian

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan atau keluarbiasaan, baik fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia, 2013)

5.2 Jenis anak berkebutuhan khusus

1. **Anak disabilitas penglihatan** adalah anak yang mengalami gangguan daya penglihatan berupa kebutaan menyeluruh (total) atau sebagian (*low vision*).
2. **Anak disabilitas pendengaran** adalah anak yang mengalami gangguan pendengaran, baik sebagian ataupun menyeluruh, dan biasanya memiliki hambatan dalam berbahasa dan berbicara.
3. **Anak disabilitas intelektual** adalah anak yang memiliki inteligensi yang signifikan berada dibawah rata-rata anak seusianya dan disertai dengan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku, yang muncul dalam masa perkembangan.
4. **Anak disabilitas fisik** adalah anak yang mengalami gangguan gerak akibat kelumpuhan, tidak lengkap anggota

badan, kelainan bentuk dan fungsi tubuh atau anggota gerak.

5. **Anak disabilitas sosial** adalah anak yang memiliki masalah atau hambatan dalam mengendalikan emosi dan kontrol sosial, serta berperilaku menyimpang.
6. **Anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH)** atau *attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD)* adalah anak yang mengalami gangguan perkembangan, yang ditandai dengan sekumpulan masalah berupa gangguan pengendalian diri, masalah rentang atensi atau perhatian, hiperaktivitas dan impulsivitas, yang menyebabkan kesulitan berperilaku, berfikir, dan mengendalikan emosi. (Aji ,2020)
7. **Anak dengan gangguan spektrum autisme** atau *autism spectrum disorders (ASD)* adalah anak yang mengalami gangguan dalam tiga area dengan tingkatan berbeda-beda, yaitu kemampuan komunikasi dan interaksi sosial, serta pola-pola perilaku yang repetitif dan stereotipi.
8. **Anak dengan gangguan ganda** adalah anak yang memiliki dua atau lebih gangguan sehingga diperlukan pendampingan, layanan, pendidikan khusus, dan alat bantu belajar yang khusus.
9. **Anak lamban belajar** atau *slow learner* adalah anak yang memiliki potensi intelektual sedikit dibawah rata-rata tetapi belum termasuk gangguan mental. Mereka butuh waktu lama dan berulang-ulang untuk dapat menyelesaikan tugas-tugas akademik maupun non akademik.
10. **Anak dengan kesulitan belajar khusus** atau *specific learning disabilities* adalah anak yang mengalami hambatan atau penyimpangan pada satu atau lebih proses psikologis dasar berupa ketidakmampuan mendengar, berpikir,

berbicara, membaca, menulis, mengeja dan berhitung. (Aji, 2012)

11. Anak dengan gangguan kemampuan komunikasi adalah anak yang mengalami penyimpangan dalam bidang perkembangan bahasa wicara, suara, irama, dan kelancaran dari usia rata-rata yang disebabkan oleh faktor fisik, psikologis dan lingkungan, baik reseptif maupun ekspresif. (Mangunsong, 2009).

12. Anak dengan potensi kecerdasan dan/atau bakat istimewa adalah anak yang memiliki skor inteligensi yang tinggi (*gifted*), atau mereka yang unggul dalam bidang-bidang khusus (*talented*) seperti musik, seni, olah raga, dan kepemimpinan.

5.3 Apa yg dimaksud anak kebutuhan khusus?

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang memiliki keterbatasan fisik, intelektual, emosi, dan sosial. Anak-anak ini dalam perkembangannya mengalami hambatan, sehingga tidak sama dengan perkembangan anak sebayanya. Hal ini menyebabkan anak berkebutuhan khusus membutuhkan suatu penanganan yang khusus. (Mangunsong 2009).

5.4 Jenis-Jenis Anak dengan Kebutuhan Khusus

1. Disabilitas penglihatan.
2. Disabilitas pendengaran.
3. Disabilitas intelektual.
4. Disabilitas fisik.
5. Disabilitas sosial.

5.5 Bagaimana peran keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus?

Adapun peran dan fungsi orang tua terhadap anak berkebutuhan khusus antara lain orang tua sebagai pendamping utama, sebagai advokat, sebagai umber, sebagai guru dan sebagai diagnostisian.

5.6 Bagaimana cara mendampingi anak yang berkebutuhan khusus?

Cara Mendampingi Anak Berkebutuhan Khusus

1. Berikan motivasi.
2. Masukkan anak ke sekolah yang tepat.
3. Ajarkan makna kehidupan.
4. Aktif dan bergabung dalam komunitas.

5.7 Apa bedanya anak berkelainan dengan anak berkebutuhan khusus?

1. Berkebutuhan khusus lebih memandang pada kebutuhan anak untuk mencapai prestasi dan mengembangkan kemampuannya secara optimal.
2. Sedang pada luar biasa atau berkelainan adalah kondisi atau keadaan anak yang memerlukan perlakuan khusus.

5.9 Kenapa disebut anak berkebutuhan khusus?

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan atau ke luar biasaan, baik fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya.

5.9 Apa ciri ciri anak berkebutuhan khusus?

Deteksi Dini Anak ABK Melalui Ciri-ciri Anak Berkebutuhan Khusus ;

1. Sulit Memperhatikan Detail
2. Keterampilan dalam Berorganisasi
3. Mengabaikan Latihan.
4. Terlalu Banyak Berbicara.
5. Mengganggu Perbincangan.
6. Ekspresi yang Berbeda.
7. Kesulitan Berhitung.
8. Sulit Memproses Konsep Visual-Spasial.

Dalam Permendikbud 157 tahun 2014 dan Perdirjen No 10 tahun 2017 disebutkan bahwa program kebutuhan khusus ada 5 jenis, yaitu:

1. Pengembangan Orientasi, Mobilitas, Sosial dan Komunikasi untuk Tunanetra.
2. Pengembangan Komunikasi, Persepsi Bunyi, dan Irama untuk Tunarungu.
3. Pengembangan Diri untuk Tunagrahita.

Apakah anak hiperaktif termasuk anak berkebutuhan khusus?Salah satu jenis anak berkebutuhan khusus adalah anak hiperaktif,menyatakan bahwa hiperaktif adalah gangguan pemusatan perhatian yang ditandai dengan hiperkinetik atau kondisi sulit diam seringkali dialami oleh siswa hiperaktif.

Mengapa anak berkebutuhan khusus perlu di didik secara inklusi?Di luar sisi akademik, menurut Nuli, kehadiran Sekolah Inklusi juga membantu membangun keterampilan hidup, membangun kemandirian, mampu membuat keputusan untuk dirinya, dapat mengenali dirinya, mengetahui emosi dan keinginannya, serta meregulasi emosinya dengan berbagai program pengembangan diri.

Apa dampak yang muncul bagi keluarga terhadap anak yang berkebutuhan khusus? Kehadiran anak berkebutuhan khusus dalam suatu keluarga dapat mengubah banyak hal dalam keluarga. Hasil penelitian menyebutkan bahwa salah satu atau semua anggota keluarga mengalami penyesuaian dalam pekerjaan mereka, yaitu mengurangi jam kerja, berganti pekerjaan, atau berhenti dari pekerjaan.

Apa kelebihan anak berkebutuhan khusus? Semangat tinggi serta kerja keras membuat anak berkebutuhan khusus (ABK) mampu menjadi orang sukses dengan karya-karya yang membanggakan. Banyak sekali kelebihan yang mereka miliki dengan memaksimalkan potensi dalam dirinya, keterbatasan fisik ternyata mampu mengantarkan dirinya untuk mengembangkan potensi yang lain.

Bagaimana cara guru dalam menangani anak berkebutuhan khusus? Peran Guru dalam Menghadapi Anak Berkebutuhan Khusus dalam Kegiatan Pembelajaran.

1. Mendampingi saat anak Belajar.
2. Menyediakan Tempat belajar yang baik dan nyaman mungkin.
3. Bicara Dengan Aksen Nada Jelas.
4. Selalu Bersikap Baik dan Positif Dalam Kondisi Apapun.

Bagaimana menghadapi anak-anak spesial yang oleh kebanyakan orang dianggap nakal? Beberapa Cara Efektif untuk Menghadapi Anak Nakal.

1. Tidak Mencap-nya Dengan Sebutan Anak Nakal.
2. Berikan Contoh yang Baik.
3. Hindari Membentak Anak di Depan Umum.
4. Buat Aturan dan Beri Sanksi yang Tegas.
5. Jangan Terlalu Sering Memberi Toleransi.

Apakah anak autisme termasuk anak yang membutuhkan khusus? Dari beberapa klasifikasi anak kebutuhan khusus diatas, dapat disimpulkan bahwa anak kebutuhan khusus dapat dibedakan menjadi beberapa kelompok dengan gangguan penglihatan, pendengaran dan bicara, kecerdasan, anggota gerak, perilaku dan emosi, belajar spesifik, lamban belajar dan autisme.

Mengapa anak kebutuhan khusus perlu mendapatkan pendidikan? "Anak kebutuhan khusus memerlukan pelayanan pendidikan yang bersifat khusus untuk membantu mengurangi keterbatasannya dalam hidup di masyarakat serta meningkatkan potensi yang dimiliki secara optimal," (Aji, 2022)

Bagaimana seharusnya sikap kita terhadap orang yang kebutuhan khusus? Kita bisa dengan sabar menemani mereka, membantu mereka dalam keseharian mereka, atau bahkan menjadi sahabat bagi mereka.

Hambatan Hambatan apa sajakah yang ada pada perkembangan anak kebutuhan khusus? Anak kebutuhan khusus mengalami hambatan atau gangguan perkembangan pada aspek- aspek: penglihatan, pendengaran, perkembangan kecerdasan, gerak (motorik), interaksi komunikasi, emosi dan tingkahlaku.

Bagaimana karakter peserta didik yang kebutuhan khusus? Peserta didik kebutuhan khusus, yaitu peserta didik yang memiliki hambatan tertentu, seperti hambatan penglihatan, hambatan pendengaran, hambatan intelektual, hambatan fisik, hambatan dengan autisme, dan hambatan lainnya seperti anak hiperaktif, lamban belajar, rendah konsentrasi dan gangguan perilaku tertentu.

Pada usia berapakah anak kebutuhan khusus bisa terlihat? Sebagian dari jenis ABK ini bisa saja terdeteksi sejak saat hamil (bisa lewat USG atau pemeriksaan genetik) misalnya untuk

kasus disabilitas fisik seperti anggota badan yang tidak lengkap, Down syndrome, dan sebagainya.

Apa saja jenis layanan pendidikan bagi penyandang kebutuhan khusus sesuai dengan kebutuhan anak? Bentuk Layanan Pendidikan Bagi Anak Berkebutuhan Khusus.

Sekolah Khusus/Sekolah Luar Biasa.

1. Sekolah Luar Biasa Berasrama.
2. Sekolah Luar Biasa dengan Kelas Jauh.
3. Sekolah Luar Biasa dengan Guru Kunjung.

Jelaskan apa yang dimaksud dengan pendidikan kebutuhan khusus? Pendidikan kebutuhan khusus (special needs education) adalah disiplin ilmu yang membahas tentang layanan pendidikan yang disesuaikan bagi semua anak yang mengalami hambatan belajar dan hambatan perkembangan akibat dari kebutuhan khusus tertentu baik yang bersifat temporer maupun yang bersifat permanen.

Apa itu sekolah kebutuhan khusus? Sekolah inklusi adalah sekolah yang juga memberikan pendidikan untuk anak berkebutuhan khusus (ABK). Di sekolah ini, baik anak yang berkebutuhan khusus maupun tidak, akan belajar di kelas yang sama dan mendapat pendidikan yang serupa.

Masalah anak berkebutuhan khusus merupakan masalah yang cukup kompleks secara kuantitas maupun kualitas. Mengingat berbagai jenis anak berkebutuhan khusus mempunyai permasalahan yang berbeda-beda, maka dibutuhkan penanganan secara khusus. Jika anak berkebutuhan khusus mendapatkan pelayanan yang tepat, khususnya keterampilan hidup (*life skill*) sesuai minat dan potensinya, maka anak akan lebih mandiri. Namun, jika tidak ditangani secara tepat, maka perkembangan kemampuan anak mengalami hambatan dan menjadi beban orangtua, keluarga, masyarakat dan negara.

Orangtua atau keluarga sebagai pemberi layanan utama terhadap anak berkebutuhan khusus, pada umumnya masih kurang mempunyai kesadaran dan tanggung jawab untuk memberikan persamaan hak dan kesempatan bagi anak-anak tersebut. Hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan orangtua atau keluarga tentang bagaimana merawat, mendidik, mengasuh dan memenuhi kebutuhan anak-anak tersebut. Orangtua atau keluarga merupakan faktor terpenting dalam memfasilitasi tumbuh kembang dan perlindungan anak berkebutuhan khusus.

DAFTAR PUSTAKA

- Aji Rustam. 2022. Health Antropology .(Lambert Academic Publishing=Founded in Germany in Now in all of Europe, Africa, Asia and South America). <https://www.morebooks.de/shop-ui/shop/product/9783330040564> ATAU <https://www.morebooks.de/store/gb/book/health-anthropology/isbn/978-3-330-04056-4..>
- Aji Rustam. 2022. Persiapan Mental Pada Lansia; Manajemen diri Atasi Post Power Syndrome Pre Purna Tugas Mulai Sekarang. Zifatama Jawara-zifatama1@gmail.com-Anggota IKAPI-Nomor:149-JTI.2014 tgl jakarta 01-Maret-2022.
- Aji Rustam. 2020. Behavior Of Civil Society In Combating Larva Of Aedes Aegypti Tahun 2020. .(Lambert Academic Publishing=Founded in Germany in Now in all of Europe, Africa, Asia and South America). <https://www.morebooks.de/shop-ui/shop/product/9783330040564>ATAU[https://www.morebooks.de/store/gb/book/behavior of civil society in combating larva of aedes aegypti /isbn/978-3-330-04056-4](https://www.morebooks.de/store/gb/book/behavior%20of%20civil%20society%20in%20combating%20larva%20of%20aedes%20aegypti/isbn/978-3-330-04056-4)
- Aji Rustam. 2012. Menuju Indonesia Sehat;isu-isu strategis sekitar kesehatan. stain Curup.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. 2013. Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus Bagi Pendamping (Orang Tua, Keluarga, Dan Masyarakat).Jakarta.
- Mangunsong, Frieda. 2009. *Psikologi dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus,jilid Ke satu*. Jakarta: LPSP 3 Fakultas Psikologi UI.

BAB 6

PERAN PERAWAT DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Anas Kiki Anugrah

6.1 Pendahuluan

Pelayanan keperawatan di masyarakat mempunyai sasaran dari tingkat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan keperawatan di masyarakat bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang mandiri dalam pelayanan kesehatan. Dalam hal ini terdapat peran dan fungsi perawat dalam pelayanan keperawatan keluarga yang merupakan unsur penting dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan mandiri. Keluarga adalah salah satu aspek terpenting dalam perawatan. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang menjadi pintu masuk dalam upaya mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keluarga juga disebut sebagai sistem sosial karena terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur satu sama lain yang diwujudkan dengan saling ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan bersama. Dalam hal ini keluarga memiliki anggota yang terdiri dari ayah, ibu dan anak atau sesama individu yang tinggal dalam rumah tangga (Andarmoyo, 2012).

Namun, jika ada disfungsi keluarga, itu akan berdampak pada satu atau lebih anggota keluarga dan mungkin seluruh unit. Karena keluarga dan anggotanya harus menjadi pusat perawatan, Perawat bertanggung jawab untuk mengajak keterlibatan anggota keluarga dalam berbagai tahap pengkajian, rekonstruksi, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

6.2 Konsep Keperawatan Keluarga

6.2.1 Definisi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga merupakan suatu pelayanan yang holistik dimana keluarga dan anggota-anggotanya menjadi pusat pelayanan yang mana meliputi tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi melibatkan seluruh anggota keluarga di dalamnya (Kholifah & Widagdo, 2016). Keperawatan keluarga adalah proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada saat sehat dan sakit kepada semua anggota keluarga untuk tercapainya kesejahteraan yang lebih tinggi (Friedman *et al.*, 2014). Menurut Potter *et al.*, (2020), keperawatan keluarga adalah pemberi layanan kesehatan dengan memfasilitasi anggota keluarga untuk memelihara kesehatan setinggi mungkin dengan melalui berbagai pengalaman sakit yang pernah diderita. Keperawatan keluarga adalah penyediaan layanan kesehatan secara holistik mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi hingga evaluasi pada semua anggota keluarga agar dapat meningkatkan kesejahteraan kesehatan semaksimal mungkin.

Keperawatan keluarga dikatakan unik karena proses pelayanan diberikan kepada semua anggota keluarga sebagai suatu sistem yang saling berinteraksi antara satu dengan yang lainnya. Asuhan keperawatan keluarga bisa diterapkan pada semua jenis keluarga dengan berbagai masalah kesehatan dan keadaan lain yang memerlukan layanan keperawatan keluarga. Praktik keperawatan keluarga berfokus pada kesehatan yang berorientasi pada keluarga, termasuk sudut pandang secara holistik, sistemik, dan interaktif untuk memberdayakan keluarga.

6.2.2 Sejarah Keperawatan Keluarga

Florence Nightingale di Inggris beranggapan bahwa dalam memberikan perawatan kepada orang sakit, keluarga dan lingkungan rumah amat sangat penting. Di kamp-kamp militer,

keluarga yang sakit harus dirawat karena kemiskinan, kemudian tulang punggung keluarga tersebut dirawat agar kembali sehat. Perawat kesehatan masyarakat dan pekerja lain yang menyediakan layanan kesehatan di rumah bagi orang yang tidak mampu akhirnya mengembangkan kelompok-kelompok penyakit menular pada tahun 1800-an dan awal 1900-an di Amerika Serikat.

Berdasarkan Ford dalam Friedman *et al.*, (2014), keperawatan mulai menjadi terspesialisasi dan layanan keperawatan yang berorientasi pada keluarga mulai terabaikan karena berbagai kebijakan misalnya keterbatasan cakupan, peraturan tentang rujukan, kebijakan pembayaran premi, pemerintah dan swasta serta dana penanggulangan yang tidak mencukupi, sehingga mengakibatkan perawatan di rumah menjadi tidak terfokus. Secara garis besar, ada empat kelompok spesialisasi dalam keperawatan yang berorientasi pada keluarga, meliputi perawatan kesehatan komunitas, asuhan keperawatan orang tua dan anak, perawatan kesehatan jiwa, dan perawatan primer di rumah. Sejak tahun 1970-an, berbagai buku mulai memperbincangkan teori keluarga dan penggunaannya dalam perawatan kesehatan komunitas yang berorientasi pada keluarga. Terdapat berbagai faktor umum yang mendorong munculnya keperawatan keluarga (Friedman *et al.*, 2014):

1. Pemahaman yang lebih baik dari keperawatan dan masyarakat tentang perlunya mempromosikan kesehatan yang tidak hanya berfokus pada penyakit.
2. Populasi yang menua dan peningkatan penyakit kronis di masyarakat menyebabkan peningkatan tajam dalam biaya perawatan pribadi dan kebutuhan akan perawat keluarga.
3. Kesadaran yang meluas tentang keluarga yang kurang beruntung di masyarakat.
4. Penyebaran dan penerimaan umum dari teori keterikatan kolektif dan teori sistem umum serta teori stres dan adaptasi keluarga.

4. Terapi pernikahan dan keluarga, bimbingan pengasuhan anak, klinik dan layanan keluarga.
5. Semakin banyak penelitian keluarga dan temuan-temuan penting dari penelitian ini.

6.2.3 Tujuan Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga secara umum menurut Ali (2010) bertujuan untuk mengembangkan kepedulian, kemampuan dan pengetahuan keluarga dalam memelihara dan mengembangkan kesehatan seoptimal yang diinginkan, supaya keluarga dapat menjalankan tugasnya secara optimal. Adapun tujuan khusus keperawatan keluarga adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan keluarga tentang:

1. Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami keluarga
2. Memutuskan untuk menangani masalah yang dimaksud (misalnya, masalah akan diselesaikan dengan pergi ke layanan medis seperti rumah sakit, pusat kesehatan atau kantor perawat/dokter)
3. Meningkatkan kualitas kesehatan keluarga
4. Pencegahan penyakit/kesehatan dalam keluarga
5. Upaya penyembuhan atau penyelesaian masalah kesehatan keluarga melalui perawatan di panti jompo
6. Melaksanakan upaya rehabilitasi pasien melalui perawatan di rumah
7. Membantu tenaga medis/perawat dalam mengatasi penyakit atau masalah kesehatan di rumah, membuat rujukan kesehatan dan medis

Tujuan keperawatan keluarga dikemukakan oleh Leavell dalam Friedman *et al.*, (2014) menggunakan kerangka kerja yang dibuat sebagai tingkat pencegahan dan sebagai dasar untuk praktik kesehatan masyarakat dan layanan kesehatan masyarakat. Tingkat pencegahan yang dimaksud mencakup semua kondisi dan target kesehatan dan penyakit

berdasarkan tingkatannya. Tingkatan pencegahan yang dimaksud adalah:

- a. Pencegahan primer. Hal ini melibatkan promosi kesehatan dan tindakan pencegahan khusus yang dirancang untuk melindungi individu dari penyakit atau cedera. Faktor lain yang menarik perhatian pada promosi kesehatan adalah meningkatnya kesadaran bahwa pikiran dan tubuh tidak dapat dipisahkan. Perpaduan antara tubuh dan pikiran diperlukan untuk pemulihan dan kesejahteraan. Pencegahan juga menghadapi hambatan, seperti pembiayaan untuk perawatan profesional atau akses ke pendidikan kesehatan dan kebutuhan konseling. Hambatan lainnya adalah banyak tenaga profesional yang memberikan contoh buruk bagi pasien mereka, sehingga keluarga yang terlibat tidak mendapatkan perhatian yang memadai. Hambatan lain termasuk sistem nilai material, masalah sosial yang berkaitan dengan perawatan kesehatan yang tidak memadai, pekerjaan dan pendidikan bagi masyarakat.
- b. Pencegahan sekunder. Tingkat pencegahan ini mencakup deteksi dini, diagnosis, dan pengobatan. Kunci pencegahan sekunder adalah diagnosis dini dan pengobatan yang tepat. Jika penyakit ini menghambat pertumbuhan, pencegahan primer ditujukan untuk memperburuk kondisi atau mencegah pasien menjadi cacat. Perawat memainkan peran penting dalam menilai anggota keluarga untuk mendapatkan perawatan. Upaya pencegahan ini meliputi identifikasi kelainan atau gangguan fungsi keluarga. Penyuluhan kesehatan sering kali dibutuhkan guna menambah pemahaman segenap anggota keluarga tentang berbagai manfaat asesmen

tertentu. Pendampingan dan pengawasan yang teliti adalah salah satu bagian dari tindakan pencegahan ini.

- c. Pencegahan tersier. Termasuk rehabilitasi dan penyembuhan, yang terencana untuk meminimalisir disabilitas pasien dan meningkatkan tingkat kegiatan mereka secara maksimal. Perawatan perawatan untuk orang dengan kondisi kronis termasuk dalam kategori ini. Tujuan klinis perawat dengan keluarga meliputi penyembuhan tekanan emosional, fisik, atau mental. Ketika mereka belajar untuk hidup dengan disabilitas permanen, pasien dan keluarga membutuhkan dukungan yang luas dan saran khusus tentang perawatan pribadi dan manajemen ketergantungan. Selain peran langsung mereka, perawat keluarga juga sangat penting sebagai penyelidik kasus, advokat, pendidik, dan konselor bagi pasien atau keluarga.

6.2.4 Peran Perawat Keluarga

Adapun peran perawat keluarga sebagaimana disampaikan oleh Gusti (2013) adalah sebagai berikut.

1. Pendidik kesehatan harus ditujukan kepada keluarga supaya keluarga mampu mandiri dan bertanggung jawab atas masalah kesehatan yang terjadi.
2. Koordinator, kontinuitas perawatan memerlukan seorang koordinator untuk dapat memperoleh pelayanan yang bersifat komprehensif
3. Pelaksana, perawat yang menangani pasien dan keluarga, baik di rumah ataupun di klinik, bertanggung jawab terhadap pelayanan secara langsung
4. Pengawas kesehatan, perawat berkunjung ke rumah untuk menentukan adanya masalah kesehatan keluarga

5. Sebagai konselor, perawat berperan menjadi sumber dukungan bagi keluarga yang mengalami masalah kesehatan
6. Secara kolaboratif, perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya untuk mencapai tingkat kesehatan tertinggi
7. Orang yang mendukung dan membantu keluarga mengatasi hambatan untuk meningkatkan kesehatan
8. Menemukan kasus, mengidentifikasi masalah sejak dini
9. Perawat harus mengubah lingkungan di rumah atau di masyarakat untuk mencapai kesehatan lingkungan

Menurut Chairani & Satriadi (2022), peran perawat keluarga dalam perawatan pasien hipertensi meliputi:

1. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan hipertensi meliputi pengkajian masalah keperawatan yang muncul, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi pelayanan yang diberikan bagi individu, keluarga dan masyarakat luas
2. Perawat sebagai edukator dan konselor memberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat
3. Perawat sebagai role model, perawat kesehatan masyarakat harus menjadi contoh teladan dalam bidang kesehatan bagi individu, keluarga dan masyarakat.

6.2.5 Proses Keperawatan Keluarga

Dalam proses keperawatan, perawat melakukan perawatan kepada individu di dalam keluarga (keluarga ialah lingkungan) atau kepada seluruh keluarga (keluarga ialah pasien). Pada pelaksanaan perawatan di rumah, perawat dapat memanfaatkan pendekatan-pendekatan berikut ini: Pengkajian anggota individu di dalam lingkungan keluarga, pengkajian keluarga yang merupakan pasien,

dan pengkajian keluarga yang merupakan suatu sistem. Menurut Potter *et al.*, (2020) Menyediakan perawatan dan pendukung yang adekuat kepada keluarga menjadi inti dari pengkajian keluarga. Perawat memegang peranan penting dalam upaya membantu keluarga menyesuaikan diri dalam menghadapi penyakit akut, kronis, dan terminal. Perawat penting untuk memahami unit keluarga dan pentingnya penyakit terhadap fungsi pasien dan keluarga. Selain itu, perawat harus mengevaluasi pengaruh penyakit terhadap susunan keluarga dan kebutuhan yang diperlukan keluarga. Perawat juga dapat mengkombinasikan pengetahuan tentang penyakit dan mengevaluasi pasien dan keluarga serta perilaku yang ditunjukkan. Perawat memeriksa penampilan dan ciri-ciri keluarga, ke mana harus berobat jika ada anggota keluarga yang sakit. Perawat mengajukan pertanyaan tentang konsep keluarga, tempat tinggal, susunan keluarga, berbagai faktor yang menyebabkan kuatnya susunan keluarga, serta peran dan pembagian tugas dalam keluarga. Perawat juga harus meninjau tentang kemampuan mereka untuk mengatasi berbagai masalah yang dihadapi oleh pasien dan keluarga, dalam melaksanakan tugas-tugas perkembangan mereka. Selain itu, penting juga untuk mengukur dukungan ekonomi anggota keluarga dan kondisi lingkungan sosial (Potter *et al.*, 2020).

6.2.7 Manfaat Keperawatan Keluarga

Menurut Wahyuni *et al.*, (2023), praktik keperawatan keluarga memiliki manfaat positif bagi pasien dan keluarga dalam proses ini. Manfaat tersebut antara lain:

1. Penerapan sistem perawatan keluarga berpengaruh baik terhadap kesehatan psikologis, khususnya keluarga pasien dan menurunnya tingkat kecemasan pasien ketika orang tua turut serta dalam perawatan anak (Çamur & Karabudak, 2021).

2. Pemberian asuhan keperawatan di rumah dapat membantu mengurangi efek rawat inap di rumah sakit (Kurniawati *et al.*, 2022). Kondisi ini didukung oleh lingkungan yang memberikan kesempatan kepada keluarga pasien untuk berkunjung, membuat kunjungan tanpa batas, menjalankan aktivitas dasar kehidupan sehari-hari, dan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan, keamanan dan kenyamanan pasien, saling menghargai dan menghormati keluarga pasien.
3. Praktik keperawatan dapat membantu memperkuat keyakinan keluarga tentang kemampuan mereka untuk mengatasi tantangan dalam merawat anak yang sakit (Çamur & Karabudak, 2021). Konsep keperawatan keluarga dapat memfasilitasi keluarga pasien untuk memainkan peran aktif pada perawatan kesehatan dan dapat mengkomunikasikan pesan dasar bagi tenaga medis untuk percaya pada kapasitas keluarga pasien. Konsep ini memberikan keuntungan bagi orang tua untuk memiliki keberhasilan yang mengarahkan pada meningkatkan kemampuan diri dalam merawat anak. Sejalan dengan hasil penelitian Harita & Chusairi (2022) bahwa dukungan dan partisipasi orang tua dalam menjalankan perawatan keluarga berdampak pada keyakinan diri orang tua. Selain itu, peningkatan diri ini dapat berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan psikologis orang tua.
4. Memberikan asuhan keperawatan di rumah dapat mengurangi stres tinggal di rumah sakit bagi anak (Akmalia *et al.*, 2021). Melalui keperawatan profesional, perawat dapat memfasilitasi orang tua agar dapat membantu anak menyesuaikan diri secara menyeluruh dan memenuhi pemenuhan kebutuhan psikologisnya (Handyani & Daulima, 2020). Pentingnya keterlibatan orang tua dalam perawatan anak dikarenakan anak sering kali tidak dapat menceritakan sendiri gejala atau opsi perawatan yang

mereka butuhkan (Cetintas *et al.*, 2021). Adanya orang tua mampu memberikan perasaan nyaman bagi anak di dalam lingkungan rumah sakit yang terasa asing. Akibatnya, anak merasa nyaman dan dapat mengurangi stres selama rawat inap yang harus dijalaninya.

6.2.6 Hambatan Dalam Keperawatan Keluarga

Dalam praktik keperawatan keluarga, proses ini menemui beberapa hambatan. Adapun hambatan-hambatan tersebut adalah:

1. Terbatasnya sarana dan prasarana keperawatan
2. Perawat hanya berfokus kepada individu dan tidak membantu keseluruhan anggota keluarga
3. Pendidikan keluarga masih tergolong rendah
4. Sumber daya keluarga yang masih terbatas
5. Kebiasaan yang dibangun dan dibiasakan dalam waktu yang cukup lama
6. Sosial budaya tidak menunjang

6.3 Peran Perawat Dalam Keperawatan Keluarga di Pelayanan Rumah Sakit

6.3.1 Perawat sebagai Fasilitator Pendidikan dalam Perawatan Keluarga

Pada saat sakit akut, anggota keluarga pasien dewasa yang dirawat di rumah sakit mengalami tekanan yang berat dengan kecemasan, depresi, kerentanan, dan kesulitan dalam mengambil keputusan (Davidson *et al.*, 2012; Petrinc & Martin, 2018). Anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan yang serius memerlukan dukungan dan konseling yang bersifat sistematis (Davidson *et al.*, 2017). Intervensi keperawatan keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut salah satunya perawat perlu berinteraksi pasien.

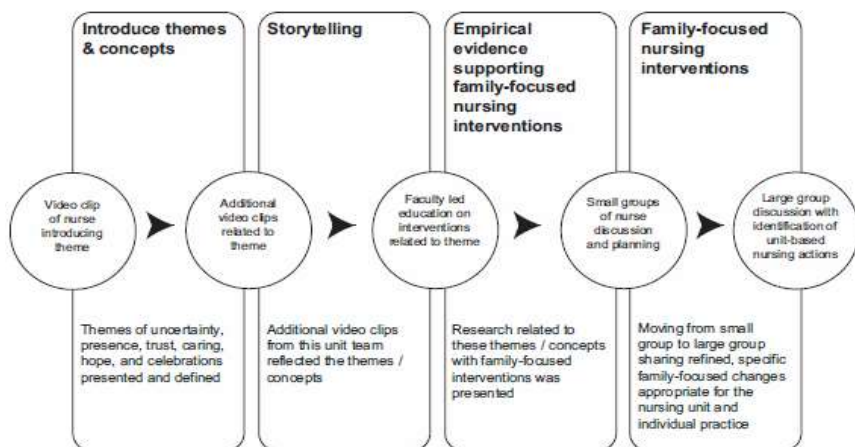
Interaksi yang terjadi antara perawat dan anggota keluarga telah terbukti membawa kesembuhan dan kenyamanan dan

sumber daya bagi keluarga (Benzein *et al.*, 2015). Interaksi yang dilakukan dapat memperluas peran perawat dalam memberikan dukungan kepada keluarga baik secara emosi, komunikasi, pengambilan keputusan, dan mengantisipasi kesedihan, sehingga dapat mengurangi beban akibat penyakit yang diderita oleh keluarga. Panduan praktik saat ini mencakup berbagai rekomendasi untuk memberikan intervensi keperawatan kepada keluarga seperti konferensi, buku harian, alat bantu pengambilan keputusan, serta program edukasi pendidikan juga telah disarankan (Davidson *et al.*, 2017).

1. Fasilitator Pendidikan menggunakan *Digital Storytelling* dalam Keperawatan Keluarga pada Penyakit Akut

Pengembangan dan peningkatan praktik untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam memahami pengalaman keluarga dalam memberikan perawatan selama masa sakit dapat menjadi faktor pendorong dalam mengubah cara keluarga berinteraksi (Ellis *et al.* 2016). Salah satu teknik tersebut adalah dengan bercerita secara digital, yang saat ini telah digunakan pada pasien kanker anak untuk menurunkan kesakitan pasien (Laing *et al.*, 2017b). Dari tinjauan literatur, pemberian intervensi pendidikan dengan cerita digital bermanfaat untuk mengatasi masalah psikologis pasien dengan penyakit kronis. Penggunaan cerita dan video dalam digital digambarkan sebagai cara untuk mengubah perawatan kesehatan dengan meningkatkan pemahaman dan memupuk rasa kasih sayang (De Vecchi *et al.*, 2017; Errasti-Ibarrondo Jordan *et al.*, 2018). Metode naratif ini telah lama menjadi metode pembelajaran dalam pendidikan keperawatan (Price *et al.*, 2015), karena memungkinkan perawat membantu pasien untuk merefleksikan keyakinan mereka dan memunculkan emosi dan perasaan mereka melalui cerita (LeBlanc, 2017).

Berdasarkan hasil tinjauan literatur, menunjukkan bahwa intervensi edukasi dengan menggunakan cerita digital meningkatkan perhatian perawat kepada keluarga selama perawatan penyakit akut dan keluarga juga merasakan peningkatan dukungan. Pemberian pendidikan dapat meningkatkan tingkat kenyamanan perawat dalam berinteraksi dan membuat perencanaan dengan keluarga. Berbagai pendapat dari para perawat di unit-unit praktik dapat memperkuat kesadaran akan pentingnya keluarga selama anggota keluarga mengalami penyakit akut. Hasil penelitian terbaru menunjukkan bahwa cerita digital merupakan alat intervensi untuk membantu tenaga kesehatan profesional memahami pasien dan sistem perawatan kesehatan serta mencapai hasil yang lebih baik (Laing *et al.*, 2017a; Moreau *et al.*, 2018). Memahami pengalaman dalam memberikan perawatan melalui cerita digital terhadap kepedulian terhadap pasien dan keluarga dapat menjadi variabel penting dalam pendekatan ini.



Gambar 6.1. Skema Untuk Intervensi Pendidikan
(Beierwaltes *et al.*, 2020)

Penerapan perawat sebagai fasilitator dalam praktik keperawatan yang berpusat pada keluarga (Gambar 7.1). Perawat akan menyampaikan sebuah klip video cerita untuk memperkenalkan tema yang mengilustrasikan masalah keluarga yang ditemukan dari analisis cerita digital, selanjutnya menjelaskan konteks konsep dan teori yang terkait dengan topik tersebut. Kemudian, video klip yang berisi cerita keperawatan serupa akan ditampilkan. Dengan demikian, pasien dan keluarga akan mendapat informasi tentang tingkat keparahan, pengobatan, dan prognosis penyakit yang dialami.

6.3.2 Sikap Perawat sebagai Pelaksana Keperawatan Keluarga di ICU

Perawat mempunyai lebih banyak pertemuan dengan keluarga pasien, yang sangat penting untuk melakukan analisis kebutuhan keluarga dan membantu keluarga dalam menggunakan tindakan keperawatan keluarga di ICU. Intervensi keperawatan keluarga yang dapat digunakan oleh perawat perawatan kritis meliputi pertemuan antara perawat dan keluarga, melakukan komunikasi tentang promosi kesehatan dengan keluarga dan membuat buku harian keluarga di ICU (Nielsen *et al.*, 2019; Wu *et al.*, 2016; Gunilla *et al.*, 2018). Perawat harus menerapkan pendekatan perawatan di rumah di semua unit perawatan (Simpson & Tarrant, 2006). Pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan keluarga adalah tujuan utama keperawatan keluarga. Praktik keperawatan keluarga adalah cara berpikir dan bekerja dengan keluarga (Kaakinen *et al.*, 2018). Praktik keperawatan keluarga dapat dilakukan dengan berbagai cara, termasuk melibatkan keluarga dalam perencanaan perawatan, memberikan perawatan langsung, dan mengevaluasi perawatan kesehatan

dalam hubungan yang saling menguntungkan baik bagi penyedia layanan kesehatan maupun keluarga (Finlayson *et al.*, 2014).

Perawat harus mendukung keluarga dan harus memiliki sikap positif terhadap kepentingan keluarga dalam perawatan di semua tatanan perawatan. *Evidence* dari sikap perawat terhadap kepentingan keluarga dalam perawatan sangat membantu untuk memberikan informasi tentang intervensi, perubahan kebijakan dan praktik yang diperlukan untuk mendukung keluarga di semua tatanan perawatan (Blondal *et al.*, 2014).

6.3.3 Komunikasi Perawat dalam Praktik Keperawatan Keluarga

Mutu dari komunikasi berdampak positif atau negatif terhadap berbagai pengalaman perawatan keluarga yang dialami oleh orang tua (Argall *et al.*, 2022). Komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan dan orang tua diartikan sebagai adanya komunikasi terbuka tentang cara mengasuh anak yang memberi dukungan dan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan orang tua (Maatman *et al.*, 2020). Komunikasi yang baik menjadi bagian integral dari penyediaan pengasuhan keluarga yang efektif dan penyediaan sumber daya yang tepat untuk membantu orang tua agar dapat memahami penilaian, perkembangan, dan pertumbuhan anak mereka diri sendiri, serta jalan menuju kesehatan. Hubungan pasien dengan keluarga dalam menangani masalah kesehatan dan menentukan prognosis merefleksikan komunikasi kolektif yang aktif (Real *et al.*, 2020).

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang berorientasi pada keluarga dinilai dapat membantu memfasilitasi komunikasi, pertukaran informasi, dan persepsi di antara pasien, orang tua, dan profesional kesehatan untuk merancang dan melaksanakan rencana asuhan keperawatan. Demi mencapai hal ini, perlu dibentuk hubungan kemitraan yang

saling menghormati dan timbal balik antara anak, orang tua, dan keluarga, serta mengoptimalkan sumber daya dan kemampuan keluarga. Hubungan kemitraan ini ditandai dengan adanya pengalaman orang tua yang mendapat perlakuan dengan empati dan rasa hormat, serta diperlihatkan saat tenaga kesehatan mendukung pasien, orang tua, dan keluarga (Terp *et al.*, 2021). Mengimplementasikan keperawatan yang berbasis keluarga mendorong praktisi kesehatan, baik perawat yang bekerja di rumah sakit maupun dokter, untuk memanfaatkan berbagai variasi strategi komunikasi dan memfasilitasi orang tua dan pasien dalam menjalin hubungan yang bermutu dengan pasien dan pengasuh keluarga. Adanya informasi yang disampaikan dengan rasa hormat dan tanpa menimbulkan pertentangan akan menambah persepsi positif pasien terhadap keterlibatan dirinya sebagai bagian dari tim (Sigmon *et al.*, 2022).

Bentuk dari pertukaran informasi diantaranya adalah dengan memberikan informasi, menyampaikan secara transparan dan keterbukaan sehingga orang tua dapat bersuara, mendorong orang tua untuk mendengarkan perasaannya terhadap informasi yang orang tua sampaikan, berdiskusi mengenai keuntungan dan kerugian dari setiap tindakan yang akan dilakukan pihak rumah sakit kepada anak (Collasso *et al.*, 2021). Apabila orang tua ikut terlibat dalam pengambilan keputusan pengasuhan anak, dapat meningkatkan perkembangan dari kaca mata orang tua, menyediakan kesempatan untuk menjalin kerja sama dalam pengasuhan anak yang bermanfaat, serta menunjukkan rasa hormat terhadap pemenuhan kebutuhan orang tua (Naef *et al.*, 2021).

6.3.4 Kolaborasi Perawat dalam Praktik Keperawatan Keluarga

Kolaborasi adalah salah satu konsep dasar dari perawatan keluarga, karena keluarga adalah bagian dari tim kolaboratif interdisipliner. Keluarga menemukan bahwa kelompok kolaboratif interdisipliner terlibat dalam rasa saling menghargai, berempati, mendukung, mempercayai, dan nilai-nilai yang dianut bersama (Sigmon *et al.*, 2022). Sebuah tim kolaboratif interdisipliner mencakup pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan profesional. Kunci utama dari kolaborasi dalam tim yaitu adanya kemampuan untuk menyampaikan pesan dengan jelas. Komunikasi yang efektif dapat berupa pengakuan terhadap anggota keluarga selaku ahli dalam hal melakukan perubahan kondisi pasien, berbagi hasil di antara anggota tim, dan secara efektif menelusuri persoalan yang ada (Real *et al.*, 2020). Apabila pasien dan keluarga pasien tidak memiliki akses untuk membuat keputusan bersama, maka minimnya kebebasan untuk bertanya dan mengungkapkan opini mengenai perawatan mereka akan menghalangi proses pengambilan keputusan (Sigmon *et al.*, 2022).

Integrasi konsep perawatan yang berorientasi pada keluarga ke dalam perawatan membutuhkan adanya fleksibilitas, penyesuaian, dorongan dan komitmen dari semua unsur di tingkat pelayanan (Argall *et al.*, 2022). Salah satu dukungan dari institusi terhadap pelayanan adalah adanya panduan dan kebijakan yang mengajak partisipasi keluarga (Naef *et al.*, 2021). Peraturan yang mengatur tenaga kesehatan dengan keterlibatan keluarga adalah memadukan konsep perawatan yang berbasis keluarga ke dalam perawatan memerlukan adanya fleksibilitas, kemampuan beradaptasi, dukungan dan komitmen dari semua pihak di tingkat pelayanan (Argall *et al.*, 2022). Bentuk dukungan institusi terhadap pelayanan adalah adanya pedoman dan kebijakan yang mempromosikan keterlibatan keluarga (Naef *et al.*, 2021). Kebijakan yang mewajibkan tenaga kesehatan untuk terlibat

dengan keluarga dinilai penting karena dapat mengesahkan dan mendukung peran serta keluarga dalam perawatan anggota keluarga. Kebijakan perawatan keluarga nantinya juga akan meregulasi berbagi aspek yang menyangkut kepuasan seluruh stakeholder kesehatan (Krajnc & Berčan, 2020).

1. Penerapan pengasuhan kolaboratif dalam keperawatan keluarga

Penerapan pengasuhan anak secara kooperatif dalam keluarga berdampak pada kesehatan psikologis, mengurangi kecemasan orang tua dan anak melalui keterlibatan orang tua dalam pengasuhan anak (Çamur & Karabudak, 2021). Orang tua membutuhkan lingkungan yang ramah untuk memfasilitasi partisipasi mereka dalam pengasuhan anak (Maatman *et al.*, 2020). Lingkungan di mana orang tua dapat hadir, berkunjung tanpa batas, melakukan aktivitas dasar kehidupan sehari-hari dan memenuhi kebutuhan kebersihan, keamanan, dan kenyamanan anak, keterbukaan merupakan bentuk penghormatan dan martabat orang tua sebagai bentuk pengasuhan yang berpusat pada keluarga untuk mengurangi dampak rawat inap (Kurniawati *et al.*, 2022).

6.3.5 Percakapan perawat dalam Praktik Keperawatan Keluarga

Percakapan keperawatan keluarga didasarkan pada kerangka kerja keperawatan sistem keluarga. Landasan utamanya ialah hubungan antara manusia, sehat dan sakit disatu sisi lainnya saling mempengaruhi antara sisi yang lain. Oleh karena itu, demi meningkatkan kesehatan individu dan keluarga, maka sistem keperawatan keluarga perlu memandang keluarga sebagai unit keperawatan yang berpusat keluarga, individu yang ada di dalamnya, serta hubungan interaksi di antara mereka (Wright dan Leahey, 2013). Percakapan keperawatan keluarga adalah percakapan yang terencana di mana pasien, satu atau lebih anggota

keluarga pasien, dan perawat mendiskusikan kondisi perawatan. Keluarga dan perawat bersama-sama memutuskan siapa yang harus berpartisipasi dalam diskusi tersebut. Dimana percakapan keperawatan keluarga terdiri dari 12 komponen yang dibuat untuk mendukung proses pemulihan keluarga (Broekema *et al.*, 2020a). Komponen-komponen ini termasuk menjelajahi struktur dan jaringan keluarga; saling berbagi pengalaman, perasaan, dan kebutuhan yang berkaitan dengan situasi perawatan; serta membangun tujuan bersama dalam membuat kesepakatan mengenai status perawatan.

Komponen percakapan keperawatan keluarga diarahkan untuk mengoptimalkan fungsi keluarga, meningkatkan koordinasi antara perawatan keluarga dan perawatan profesional, dan pada akhirnya untuk mencegah atau mengurangi beban pengasuh keluarga. Fungsi keluarga yang optimal dalam anggota keluarga yang sudah dewasa dapat didefinisikan dengan lima aspek: menjaga hubungan yang konsisten, memenuhi peran keluarga, mengatasi masalah keluarga, menyesuaikan aktivitas keluarga, dan berkomunikasi secara efektif (Zhang, 2018). Aspek-aspek ini menjadi target dalam percakapan keperawatan keluarga. Sebuah penelitian yang didasarkan pada teori menunjukkan bahwa percakapan ini meningkatkan interaksi di rumah antara keluarga dengan perawat profesional, sehingga mengurangi beban perawat (Broekema *et al.*, 2020b).

Indikator lainnya adalah perawat mendorong komunikasi yang terbuka, mengenali pengalaman yang menyakitkan, memuji kekuatan keluarga, serta mendiskusikan untuk memperkuat dan menguji keyakinan anggota keluarga tentang kondisi sehat dan sakit. Percakapan keperawatan keluarga diindikasikan ketika satu atau lebih diagnosis keperawatan berdasarkan NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2014). Adapun berikut ini terkait masalah keperawatan keluarga yang merujuk pada NANDA-I yaitu "risiko

stres peran pengasuh", "stres peran pengasuh", atau "proses keluarga yang terganggu".

Sebuah studi kuantitatif oleh Broekema *et al* (2020c) menemukan bahwa percakapan keluarga antara perawat dengan keluarga dapat meningkatkan fungsi keluarga dan kesehatan pengasuh keluarga. Sehingga dapat meminimalisir terjadinya beban pengasuh, namun kualitas hidup pasien tidak terpengaruh. Selain itu, hasil studi lainnya menunjukkan bahwa percakapan keperawatan keluarga dapat membantu meringankan beban perawatan keluarga dari waktu ke waktu. Oleh karena itu, penting untuk menjadikan percakapan ini sebagai bagian dari implementasi keperawatan berkelanjutan untuk mempersiapkan perawat secara optimal dalam menjalankan tanggung jawabnya terhadap keluarga di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Akmalia, F., Anjarwati, N., & Lestari, Y. C. 2021. Pengaruh Penerapan Metode Family Centered Care terhadap Stress Hospitalisasi pada Anak. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, 4(1), 85–91. <https://doi.org/10.36984/jkm.v4i1.163>.
- Ali, Z. 2010. Pengantar Keperawatan Keluarga. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Andarmoyo, S. 2012. *Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Årestedt, L., Persson, C., & Benzein, E. 2014. Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 29–37. <https://doi.org/10.1111/scs.12023>.
- Argall, N. L., Johnson, E., Cox, E., Hislop, C., & Lefmann, S. A. 2022. Exploring Parental Perceptions of a Family-Centred Model of Care in a Public Child Development Service. *Journal of Child Health Care*, 26(1), 5–17. <https://doi.org/10.1177/1367493521993972>.
- Beierwaltes, P., Clisbee, D., Eggenberger, S. K. 2020. An Educational Intervention Incorporating Digital Storytelling to Implement Family Nursing Practice in Acute Care Settings. *Journal of Family Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1074840720935462>.
- Benzein, E., Olin, C., & Persson, C. 2015. “You put it all together”—Families’ evaluation of participating in Family Health Conversations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 136–144. <https://doi.org/10.1111/scs.12141>.
- Blöndal, K., Zoëga, S., Hafsteinsdóttir, J. E., Olafsdóttir, O. A., Thorvardardóttir, A. B., Hafsteinsdóttir, S. A., & Sveinsdóttir, H. 2014. Attitudes of registered and licensed practical nurses about the importance of

- families in surgical hospital units: Findings from the landspitali university hospital family nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 355–375. <https://doi.org/10.1177/1074840714542875>.
- Broekema, S., Paans, W., Oosterhoff, A. T., Roodbol, P. F., & Luttik, M. L. A. 2020a. Patients' and family members' perspectives on the benefits and working mechanisms of family nursing conversations in Dutch home healthcare. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13089>
- Broekema, S., Paans, W., Oosterhoff, A. T., Roodbol, P. F., & Luttik, M. L. A. 2020b. Patients' and family members' perspectives on the benefits and working mechanisms of family nursing conversations in Dutch home healthcare. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13089>
- Broekema, S., Paans, W., Roodbol, P. F., Luttik, M. L. A. 2020c. Effects of family nursing conversations on families in home health care: A controlled before-and-after study. *J Adv Nurs*. 2021 Jan;77(1):231-243. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.14599>. Epub 2020 Oct 17. PMID: 33068016.
- Çamur, Z., & Karabudak, S. S. 2021. The Effect of Parental Participation in the Care of Hospitalized Children on Parent Satisfaction and Parent and Child Anxiety: Randomized Controlled Trial. *International Journal of Nursing Practice*, 27(5), 1–11. <https://doi.org/10.1111/ijn.12910>.
- Cetintas, I., Kostak, M. A., Semerci, R., & Kocaaslan, E. N. 2021. The Relationship between Parents' Perceptions of Family-Centered Care and Their Health Care Satisfaction. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 10(3), 125–134. <https://doi.org/10.33880/ejfm.2021100303>.

- Chairani, R & Satriadi, A. 2022. Application of Family Nursing Care in Patients with Hypertension: A Case Study. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Development*. 2022; 10(2): 47-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.22270/ajprd.v10i2.1118>.
- Collaso, B. Z., Mandetta, M. A., & Balieiro, M. M. F. G. 2021. Parent and Staff Perception about the Family-Centered Care in Private Service. *J. Health Sci. (Londrina)*, 23(4), 339–344.
<https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/view/9659%0Ahttps://fiadmin.bvsalud.org/document/view/zjquw>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, J., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, A., Lewis-Newby, M., White, D. B., . . . Curtis, J. R. 2017. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>.
- Davidson, J., E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. 2012. Family response to critical illness: Postintensive care syndromefamily. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618–624.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>.
- De Vecchi, N., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Kidd, S. 2017. Exploring the process of digital storytelling in mental health research: A process evaluation of consumer and clinician experiences. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917729291>.

- Ellis, L., Gergen, J., Wohlgemuth, L., Nolan, M. T., & Aslakson, R. 2016. Empowering the “cheerers”: Role of surgical intensive care unit nurses in enhancing family resilience. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 39–45. <https://doi10.4037/ajcc2016926>.
- Errasti-Ibarrondo Jordan, J. A., Diez-Del-coral, M. P., & Marantzamendi, M. 2018. Van Manen’s phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? *Nursing Inquiry*, 26(1), e12259. <https://doi.org/10.1111/nin.12259>.
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F., & Flacking, R. 2014. Mothers’ perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.003>.
- 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.
- Gunilla, H. F., Wåhlin, I., Orvelius, L., & Ågren, S. 2018. Health-promoting conversations-A novel approach to families experiencing critical illness in the ICU environment. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), 631–639. <https://doi.org/10.1111/jocn.13969>.
- Gusti, S. 2013. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. CV. Trans Info Media.
- Handayani, A., & Daulima, N. H. C. 2020. Parental Presence in the Implementation of Atraumatic Care during Children’s Hospitalization. *Pediatric Reports*, 12, 11–14. <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8693>.

- Harita, A. N. W., & Chusairi, A. 2022. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Parental Self-Efficacy Orang Tua yang Memiliki Anak dengan Disabilitas. *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 6(4), 3111–3123. <https://doi.org/10.31004/obsesi.v6i4.2321>.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). 2014. *NANDA international nursing diagnoses: Definitions & classification*, 2015–2017. Wiley Blackwell.
- Hoplock, L., Lobchuk, M., Dryburgh, L., Shead, N., & Ahmed, R. 2019. Canadian hospital and home visiting nurses' attitudes toward families in transitional care: A descriptive comparative study. *Journal of Family Nursing*, 25(3), 370–394. <https://doi.org/10.1177/1074840719863499>.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. 2018. *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Kholifah, S. N., & Widagdo, W. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Krajnc, A., & Berčan, M. 2020. Family-Centered Care: A Scoping Review. *Revija Za Univerzalno Odličnost*, 9(4), 357–371. <https://doi.org/10.37886/ruo.2020.022>
- Kurniawati, S. H., Mariyam, M., Alfiyanti, D., & Samiasih, A. 2022. Application of Family Centered Care on the Impact of Hospitalization in Intensive Care Unit in Parents' Perspective: *Literature Review*. *SouthEast Asia Nursing Research*, 4(1), 35-46. <https://doi.org/10.26714/seanr.4.1.2022.35-46>.

- Laing, C. M., Moules, N. J., Estefan, A., & Lang, M. 2017b. Stories that heal: Understanding the effects of creating digital stories with pediatric and adolescent/young adult oncology patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(4), 272–282. <https://doi.org/10.1177/1043454216688639>.
- Laing, C. M., Moules, N. J., Estefan, A., & Lang, M. J. 2017a. “Stories take your role away from you”: Understanding the impact of health care professionals of viewing digital stories of pediatric and adolescent/young adult oncology patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(4), 261–271. <https://doi.org/10.1177/1043454217697023>.
- LeBlanc, R. G. 2017. Digital story telling in social justice nursing education. *Public Health Nursing*, 34(4), 395–400. <https://doi.org/10.1111/phn.12337>.
- Maatman, S. M/ O., Bohlin, K., Lilliesköld, S., Garberg, H. T., Uitewaal-Poslawky, I., Kars, M. C., & van den Hoogen, A. 2020. Factors Influencing Implementation of Family-Centered Care in a Neonatal Intensive Care Unit. *Frontiers in Pediatrics*, 8(May). <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00222>.
- Moreau, K. A., Eady, K., Sikora, L., & Horsley, T. 2018. Digital storytelling in health professions education: A systematic review. *BMC Medical Education*, 18, Article 208. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1320-1>.
- Naef, R., Brysiewicz, P., Mc Andrew, N. S., Beierwaltes, P., Chiang, V., Clisbee, D., de Beer, J., Honda, J., Kakazu, S., Nagl-Cupal, M., Price, A. M., Richardson, S., Richardson, A., Tehan, T., Towell-Barnard, A., & Eggenberger, S. 2021. Intensive Care Nurse-Family Engagement from A Global Perspective: A Qualitative Multi-Site Exploration.

- Intensive and Critical Care Nursing, 66(xxxx), 103081.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103081>
- Nielsen, A. H., Egerod, I., Hansen, T. B., & Angel, S. 2019. Intensive care unit diaries: Developing a shared story strengthens relationships between critically ill patients and their relatives: A hermeneutic-phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 90–96.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.009>.
- Oliveira, P. D., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., ... Martins, M. M. 2011. Attitudes of nurses towards families: Validation of the scale Families' Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331–1337.
- Petrinec, A. B., & Martin, B. R. 2018. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliative & Supportive Care*, 16(6), 719–724.
<https://doi.org/10.1017/S1478951517001043>.
- 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.
- Price, D. M., Strodman, L., Brough, E., Lonn, S., & Luo, A. 2015. Digital storytelling: An innovative technological approach to nursing education. *Nurse Educator*, 40(2), 66–70.
<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000094>
- Real, K., Bell, S., Williams, M. V., Latham, B., Talari, P., & Li, J. 2020. Patient Perceptions and Real-Time Observations of Bedside Rounding Team Communication: The Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM). *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*,

- 46(7), 400–409. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.04.005>.
- Sigmon, L. B., Reis, P. J., Woodard, E. K., & Hinkle, J. F. 2022. Patient and Family Perceptions of Interprofessional Collaborative Teamwork: An Integrative Review. *Journal of Clinical Nursing*, January, 1–12. <https://doi.org/10.1111/jocn.16295>
- Simpson, P., & Tarrant, M. 2006. Development of the family nursing practice scale. *Journal of Family Nursing*, 12(4), 413–425. <https://doi.org/10.1177/1074840706290806>.
- Terp, K., Weis, J., & Lundqvist, P. 2021. Parents' Views of Family-Centered Care at a Pediatric Intensive Care Unit—A Qualitative Study. *Frontiers in Pediatrics*, 9(August), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.725040>
- Wahyuni, S., Wanda, D., Hayati, H. 2023. Implementasi Konsep Perawatan Berpusat Pada Keluarga. *Jurnal Keperawatan Silampari*. Vol 6, No 2, Januari-Juni 2023. e-ISSN: 2581-1975. DOI: <https://doi.org/10.31539/jks.v6i2.5556>.
- White, D. B., Cua, S. M., Walk, R., Pollice, L., Weissfeld, L., Hong, S., Landefeld, S., & Arnold, R. M. 2012. Nurse-led intervention to improve surrogate decision making for patients with advanced critical illness. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 396–409. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012223>.
- Wright, L., & Leahey, M. 2013. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th edn.). F. A. Davis.
- Wu, H., Ren, D., Zinsmeister, G. R., Zewe, G. E., & Tuite, P. K. 2016. Implementation of a Nurse-Led Family Meeting in a Neuroscience Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(5), 268–276. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000199>.

Zhang, Y. 2018. Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3205-3224.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14500>

BAB 7

KESEHATAN MENTAL KELUARGA

Oleh Isyumiarni Syarif

7.1 Pendahuluan

Kesehatan mental keluarga merupakan aspek penting dalam memastikan kesejahteraan dan kualitas hidup seluruh anggota keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang memainkan peran sentral dalam membentuk identitas individu, dukungan dan pengembangan. Kesehatan mental keluarga berfokus tidak hanya pada individu yang mungkin mengalami masalah kesehatan mental, tetapi juga pada interaksi dan dinamika yang memengaruhi kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. (Yeh dkk, 2020)

7.2 Defenisi Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah keadaan di mana seseorang dapat secara adaptif mengatasi tekanan, tekanan, dan tantangan kehidupan sehari-hari. Ini termasuk keseimbangan emosional, kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain dengan cara yang sehat, dan mampu merasa bahagia dan puas dengan diri sendiri dan kehidupan.

Kesehatan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan dan dijaga, baik kesehatan fisik maupun mental serta sosial dalam mencapai keadaan yang harmonis dalam masyarakat. Menurut WHO (The World Health Organization) 2014, kesehatan adalah suatu kondisi kesehatan fisik, mental dan sosial yang utuh, Tidak ada penyakit atau kelemahan lain yang dimiliki (Treaties, 1946). Definisi kesehatan tidak hanya terkait fisik, tapi terkait kesehatan secara psikologis dan sosial.

Selain itu, definisi kesehatan WHO menyatakan: kesehatan mental sebagai kondisi kesejahteraan individu yang menyadari potensinya sendiri, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal dan dapat bekerja secara produktif dan berbuah, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya. Kesehatan mental mengacu pada keadaan kesehatan seseorang (“WHO | Mental health: a state of well-being” t.t.). Mampu beradaptasi dan berinteraksi dengan baik lingkungan sekitarnya, sehingga individu terhindar dari gangguan mental (WHO, 2014)

7.3 Karakteristik Kesehatan mental

Karakteristik kesehatan mental dapat dilihat dari ciri-ciri mental yang sehat. Berikut merupakan ciri kejiwaan yang sehat menurut Yusuf (2011) yakni;

1. Memiliki perasaan aman, yang terbebas dari rasa cemas.
2. Memiliki harga diri yang mantap.
3. Spontanitas dalam kehidupan dengan memiliki emosi yang hangat & terbuka.
4. Memiliki keinginan-keinginan duniawi yang wajar sekaligus seimbang, dalam artian mampu memuaskannya secara positif dan wajar pula. (Diana Vidya Fakhriyani)
5. Mampu belajar mengalah dan merendahkan diri sederhana dengan orang lain.
6. Tahu diri, yakni mampu menilai kekuatan dan kekurangan dirinya baik dari segi fisik maupun psikis, secara tepat dan obyektif.
7. Mampu memandang fakta sebagai realitas dengan memperlakukannya sebagaimana mestinya (tidak berkhayal).
8. Toleransi terhadap ketegangan atau stres, artinya tidak panik saat menghadapi masalah sehingga tetap positif antara fisik, psikis, dan sosial.
9. Memiliki integrasi dan kemantapan dalam kepribadiannya.

10. Mempunyai tujuan hidup yang adekuat (positif dan konstruktif).
 11. Memiliki kemampuan belajar dari pengalaman.
 12. Mampu menyesuaikan diri dalam batas-batas tertentu sesuai dengan norma-norma kelompok serta tidak melanggar aturan-aturan yang telah disepakati bersama atau aturan yang ditentukan dalam kelompok.
 13. Memiliki kemampuan untuk tidak tekat penuh oleh kelompok. Artinya memiliki pendirian sendiri sehingga mampu menilai baik-buruk maupun benar-salah mengenai kelompoknya
- (Diana Vidya Fakhriyani, 2019)

Menurut WHO, menyebutkan bahwa karakteristik mental yang sehat adalah sebagai berikut.

1. Mampu belajar sesuatu dari pengalaman,
 2. Mampu beradaptasi,
 3. Lebih senang memberi daripada menerima,
 4. Lebih cenderung membantu daripada dibantu,
 5. Memiliki rasa kasih sayang,
 6. Memperoleh kesenangan dari segala hasil usahanya,
 7. Menerima kekecewaan dengan menjadikan kegagalan sebagai pengalaman, serta
 8. Selalu berpikir positif (positive thinking).
- (Yusuf 2011)

7.4 Kesehatan mental dalam keluarga

Kesehatan Mental dalam Keluarga Penerapan kesehatan mental dalam keluarga sangat penting untuk tercapainya suasana yang harmonis antar anggota keluarga. Apabila hubungan interpersonal keluarga misalnya, antar suami-istri, orangtua-anak, atau antar saudara kurang harmonis, maka dalam keluarga tersebut akan tercipta iklim psikologis yang tidak kondusif dan

tidak nyaman. Contohnya, sikap permusuhan, sibling rivalry yang tidak sehat sehingga menyebabkan iri hati (cemburu), terjadinya pertengkaran, tidak memperhatikan nilai-nilai moral. Suasana yang demikian kemudian dapat menyebabkan individu dalam keluarga, khususnya anak mengalami kesulitan atau bahkan kegagalan dalam perkembangan untuk mencapai mental yang sehat (McHale, 2012).

Sehingga sangatlah penting bagi suami istri dalam mengelola keluarga untuk menciptakan suasana yang kondusif dalam keluarga terutama bagi anak. Maka dari itu konsep keluarga yang sakinah, mawaddah, warahmah untuk memahami konsep-konsep atau prinsip-prinsip kesehatan mental, sangat diperlukan karena berfungsi untuk mengembangkan mental yang sehat serta mencegah terjadinya mental yang sakit pada anggota keluarga.

7.5 Komponen Kesehatan mental keluarga

Komponen Kesehatan Mental Keluarga :

1. Komunikasi yang sehat :Kemampuan keluarga untuk berkomunikasi secara terbuka, jujur, dan empatik. Komunikasi yang efektif membantu mencegah miskomunikasi, mengurangi konflik, dan memperkuat hubungan.
2. Dukungan emosional : Kemampuan anggota keluarga untuk memberikan dukungan emosional satu sama lain dalam situasi senang maupun sulit. Dukungan ini dapat mengurangi tingkat stres dan membantu individu merasa didengar dan diterima.
3. Resiliensi keluarga : Kemampuan keluarga untuk beradaptasi dengan perubahan dan stres, serta pulih dari situasi yang menantang dengan bersama-sama. Resiliensi keluarga membantu menjaga stabilitas emosional dalam menghadapi cobaan.

4. Pengelolaan konflik : Keterampilan untuk mengatasi konflik dan masalah secara konstruktif dan tidak merugikan. Kemampuan ini membantu mencegah eskalasi konflik yang dapat memengaruhi kesehatan mental keluarga.
5. Keseimbangan Antara Individu dan Keluarga : Menjaga keseimbangan antara kebutuhan individu dan kebutuhan keluarga secara keseluruhan. Ini melibatkan menghormati dan memenuhi kebutuhan emosional masing-masing anggota keluarga.
6. Pendidikan dan kesadaran kesehatan mental : Memahami pentingnya kesehatan mental dan menerapkan pengetahuan ini dalam merawat diri sendiri dan anggota keluarga. Pendidikan ini membantu mengurangi stigma terkait kesehatan mental.
7. Hubungan Sosial yang Positif: Memiliki hubungan positif dengan anggota keluarga yang lebih luas, teman, dan komunitas. Hubungan yang positif di luar keluarga dapat memperkaya dukungan sosial.
8. Pengelolaan Stres Keluarga: Kemampuan keluarga untuk mengatasi stres bersama dan mencari solusi yang sesuai. Pengelolaan stres ini membantu menjaga keseimbangan dan kesejahteraan keluarga.
9. Pencegahan Masalah Kesehatan Mental: Upaya proaktif dalam mencegah masalah kesehatan mental dengan membangun ikatan yang kuat, membangun komunikasi yang sehat, dan memberikan dukungan yang diperlukan.
10. Pemahaman Terhadap Individu yang Berisiko: Memahami anggota keluarga yang mungkin lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental, seperti anak remaja atau orang tua yang lanjut usia, dan memberikan dukungan yang sesuai.
11. Pengakuan terhadap Pengaruh Kesehatan Mental Keluarga: Menyadari bahwa kesehatan mental anggota keluarga satu

sama lain saling berhubungan dan bahwa pengaruhnya dapat meluas ke seluruh dinamika keluarga.

(McCubbin dkk, 1993)

Pentingnya kesehatan mental keluarga tidak hanya memengaruhi anggota keluarga individual, tetapi juga memengaruhi hubungan antara anggota keluarga dan keseluruhan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Merawat kesehatan mental keluarga membutuhkan komitmen, komunikasi terbuka, dan upaya bersama untuk membangun lingkungan yang mendukung.

7.6 Faktor- faktor yang mempengaruhi kesehatan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan mental keluarga sangat beragam dan kompleks. Memahami faktor-faktor ini membantu mengidentifikasi potensi risiko dan peluang untuk meningkatkan kesehatan mental keluarga. Berikut adalah beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan mental keluarga:

1. **Komunikasi :** Tingkat komunikasi yang baik dan sehat dalam keluarga dapat memperkuat ikatan dan mencegah konflik. Komunikasi yang buruk atau tidak efektif dapat memicu ketegangan dan memengaruhi kesehatan mental keluarga.
2. **Stres dan Tantangan Hidup:** Tantangan hidup seperti perubahan pekerjaan, masalah finansial, perubahan dalam struktur keluarga, atau peristiwa traumatis dapat mengganggu kesehatan mental keluarga. Kemampuan keluarga untuk mengatasi stres ini memainkan peran penting dalam kesejahteraannya.
3. **Dukungan Sosial:** Tingkat dukungan sosial yang diterima oleh keluarga dari anggota keluarga lain, teman, dan komunitas dapat mempengaruhi kesehatan mental.

Dukungan sosial yang kuat dapat membantu mengatasi kesulitan dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

4. Hubungan Interpersonal: Hubungan yang baik antara anggota keluarga, termasuk pasangan, orang tua-anak, dan saudara-saudara, dapat meningkatkan kesehatan mental keluarga. Konflik dan ketegangan dalam hubungan interpersonal dapat mempengaruhi suasana hati dan dinamika keluarga.
5. Faktor Genetik dan Lingkungan: Faktor genetik dapat mempengaruhi kerentanan keluarga terhadap masalah kesehatan mental tertentu. Faktor lingkungan seperti tekanan sosial, budaya, dan kondisi lingkungan juga dapat berkontribusi pada kesehatan mental keluarga.
6. Pola Pengasuhan dan Didikan: Cara orang tua mengasuh dan mendidik anak-anak dapat mempengaruhi perkembangan emosional dan kesehatan mental mereka. Pengasuhan yang positif dan mendukung dapat membantu anak-anak mengembangkan keterampilan sosial dan emosional yang sehat.
7. Gaya Hidup dan Pola Makan: Gaya hidup yang sehat, termasuk olahraga rutin dan pola makan yang seimbang, dapat mendukung kesehatan mental keluarga. Kekurangan aktivitas fisik dan konsumsi makanan yang tidak sehat dapat memengaruhi suasana hati dan energi keluarga.
8. Kehadiran Gangguan Mental Individu: Masalah kesehatan mental individu, seperti depresi, kecemasan, atau gangguan mental lainnya, dapat memengaruhi dinamika keluarga secara keseluruhan. Dukungan dan pengobatan yang tepat sangat penting dalam mengelola dampak ini.
9. Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan: Tingkat pendidikan keluarga dan pengetahuan tentang kesehatan mental dapat memengaruhi pemahaman dan sikap terhadap masalah kesehatan mental. Pendidikan yang lebih tinggi dapat

membantu mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran.

10. Pengaruh Media dan Teknologi: Penggunaan media sosial dan teknologi dapat mempengaruhi pola tidur, interaksi sosial, dan kesejahteraan mental keluarga. Penggunaan yang tidak terkendali dapat mengganggu keseimbangan keluarga.
11. Mengenali faktor-faktor ini dapat membantu keluarga untuk lebih sadar terhadap potensi risiko dan kesempatan untuk meningkatkan kesehatan mental mereka. Upaya bersama untuk memahami, mengatasi, dan membangun lingkungan yang mendukung dapat membantu keluarga menjaga kesejahteraan psikologis.

(Garcia dkk, 2015)

7.7 Tanda dan gejala Kesehatan Mental keluarga

Tanda dan gejala masalah kesehatan mental keluarga dapat bervariasi tergantung pada jenis masalah yang sedang dihadapi. Mengenali tanda-tanda ini adalah langkah awal untuk mengidentifikasi adanya permasalahan dan mencari bantuan yang tepat. Berikut adalah beberapa tanda dan gejala yang mungkin mengindikasikan masalah kesehatan mental dalam keluarga:

1. Perubahan perilaku : Anggota keluarga tiba-tiba mengalami perubahan perilaku yang mencolok. Ini bisa termasuk perubahan mood, kehilangan minat pada aktivitas yang sebelumnya dinikmati, atau penarikan diri dari interaksi sosial.
2. Komunikasi Terganggu: Komunikasi dalam keluarga menjadi terganggu. Mungkin ada penurunan dalam kualitas komunikasi, sering terjadi konflik, atau ketidakmampuan untuk berbicara secara terbuka tentang masalah-masalah penting.

3. Konflik yang Berulang: Konflik di antara anggota keluarga sering terjadi dan sulit untuk diselesaikan. Konflik ini mungkin berkaitan dengan masalah yang sama berulang kali atau mungkin tampak tidak proporsional.
4. Perubahan Pola Tidur dan Makan: Perubahan dalam pola tidur dan makan dapat mengindikasikan masalah kesehatan mental. Ini bisa termasuk insomnia, kelelahan yang terus-menerus, atau perubahan dalam nafsu makan.
5. Penurunan Kinerja Sekolah atau Pekerjaan: Anggota keluarga mengalami penurunan kinerja di sekolah atau pekerjaan. Mereka mungkin kesulitan berkonsentrasi, bekerja dengan efektif, atau menyelesaikan tugas-tugas dengan baik.
6. Penarikan Diri Sosial: Anggota keluarga yang sebelumnya aktif secara sosial tiba-tiba menjadi lebih terisolasi. Mereka mungkin menghindari pertemuan sosial, aktivitas keluarga, atau teman-teman.
7. Perubahan Fisik: Perubahan fisik seperti kelelahan yang terus-menerus, gangguan tidur, atau masalah kesehatan fisik yang tidak dapat dijelaskan dapat menunjukkan adanya masalah kesehatan mental.
8. Penurunan Perhatian pada Perawatan Diri: Anggota keluarga mungkin mulai mengabaikan perawatan diri mereka, seperti merawat penampilan, kebersihan, atau kesehatan fisik.
9. Perubahan Emosi yang Signifikan: Perubahan emosi yang drastis, seperti perasaan putus asa, sedih yang mendalam, atau marah yang berlebihan, dapat menjadi indikator adanya masalah kesehatan mental.
10. Peningkatan Penggunaan Zat Adiktif: Penggunaan alkohol, obat-obatan, atau zat adiktif lainnya dapat meningkat secara signifikan pada anggota keluarga yang menghadapi masalah kesehatan mental.

11. Perubahan dalam Performa Akademik Anak-Anak: Anak-anak dalam keluarga mungkin mengalami penurunan dalam performa akademik mereka, masalah dalam interaksi di sekolah, atau perubahan perilaku yang mencolok.
 12. Perubahan dalam Interaksi Keluarga: Perubahan dalam cara keluarga berinteraksi satu sama lain, seperti kehilangan minat dalam aktivitas keluarga bersama, bisa menjadi tanda permasalahan.
- (APA, 2013)

7.8 Dampak Kesehatan Mental Keluarga

Dampak kesehatan mental keluarga dapat memengaruhi semua anggota keluarga secara emosional, sosial, dan fisik. Masalah kesehatan mental dalam keluarga tidak hanya memengaruhi individu yang mengalami masalah, tetapi juga berdampak pada hubungan antar anggota keluarga dan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa dampak yang mungkin timbul akibat masalah kesehatan mental dalam keluarga:

1. Stress dan ketegangan : Masalah kesehatan mental dalam keluarga dapat menciptakan tingkat stres dan ketegangan yang tinggi. Konflik yang berulang, perubahan suasana hati yang tiba-tiba, atau perasaan tidak aman dapat menyebabkan ketegangan dalam hubungan keluarga.
2. Perubahan dalam Dinamika Keluarga: Masalah kesehatan mental dapat mengubah dinamika keluarga yang sebelumnya sehat. Interaksi yang sebelumnya hangat dan positif dapat menjadi tegang dan kurang harmonis.
3. Isolasi Sosial: Anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan mental atau yang merasa terbebani oleh masalah tersebut mungkin lebih cenderung untuk merasa terisolasi secara sosial. Mereka mungkin menghindari interaksi dengan teman, keluarga, atau komunitas.

4. Gangguan Emosional: Anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan mental mungkin mengalami fluktuasi emosi yang intens, seperti depresi, kecemasan, atau marah yang berlebihan. Hal ini dapat memengaruhi suasana hati dan emosi seluruh keluarga.
5. Penurunan Kualitas Hidup: Dampak masalah kesehatan mental dalam keluarga dapat mempengaruhi kualitas hidup semua anggota keluarga. Ketidakstabilan emosional dan ketegangan hubungan dapat membuat anggota keluarga merasa kurang bahagia dan puas dengan kehidupan mereka.
6. Pengaruh Terhadap Anak-Anak: Anak-anak dalam keluarga yang menghadapi masalah kesehatan mental dapat merasakan dampaknya dalam perkembangan mereka. Mereka mungkin mengalami stres, kecemasan, atau kesulitan dalam berinteraksi dengan teman sebaya.
7. Gangguan Belajar dan Pekerjaan: Anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan mental dapat mengalami kesulitan dalam kinerja di sekolah atau pekerjaan. Kurangnya konsentrasi, energi, atau motivasi dapat mempengaruhi hasil akademik atau produktivitas.
8. Peningkatan Penggunaan Zat Adiktif: Beberapa anggota keluarga mungkin mencari cara mengatasi tekanan dan stres dengan mengonsumsi alkohol, obat-obatan, atau zat adiktif lainnya.
9. Penurunan Dukungan Sosial: Masalah kesehatan mental dapat mengurangi dukungan sosial yang tersedia bagi anggota keluarga. Teman dan anggota keluarga lain mungkin merasa sulit untuk memahami atau mendukung individu yang mengalami masalah.
10. Rasa Bersalah dan Stigma: Anggota keluarga mungkin merasa bersalah atau malu tentang masalah kesehatan

mental yang ada dalam keluarga. Stigma sosial terkait kesehatan mental juga dapat memperburuk perasaan ini.

11. Gangguan Fisik: Stres yang terkait dengan masalah kesehatan mental dapat memengaruhi kesehatan fisik anggota keluarga, seperti gangguan tidur, masalah pencernaan, atau penurunan energi.
12. Peningkatan Risiko Masalah Kesehatan Mental Lainnya: Anggota keluarga lainnya juga dapat menjadi lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental akibat stres dan ketegangan yang terkait dengan masalah kesehatan mental dalam keluarga.

(Breslau, 2011)

Mengatasi dampak-dampak ini memerlukan komunikasi terbuka, dukungan emosional, dan dalam beberapa kasus, intervensi profesional. Pencarian bantuan dari ahli kesehatan mental dan terapis keluarga dapat membantu mengelola dampak-dampak negatif dan memulihkan kesehatan mental keluarga secara keseluruhan.

7.9 Pendekatan dan Strategi dalam menjaga Kesehatan Mental Keluarga

Menjaga kesehatan mental keluarga melibatkan pendekatan dan strategi yang holistik, yang mencakup perhatian terhadap interaksi, komunikasi, dukungan emosional, serta keseimbangan antara kebutuhan individu dan keluarga. Berikut adalah beberapa pendekatan dan strategi yang dapat membantu dalam menjaga kesehatan mental keluarga:

1. Komunikasi terbuka : Fokus pada komunikasi terbuka dan jujur dalam keluarga. Dengan berbicara secara terbuka tentang perasaan, harapan, dan masalah, anggota keluarga dapat merasa lebih terhubung dan dipahami.

2. Berkomunikasi dengan Empati: Praktikkan mendengarkan dengan empati terhadap anggota keluarga. Ini membantu menciptakan ikatan yang lebih kuat dan memungkinkan individu merasa didengar dan diterima.
3. Memprioritaskan Waktu Bersama: Tentukan waktu untuk berkumpul dan beraktivitas bersama sebagai keluarga. Ini bisa termasuk makan bersama, bermain game, atau melakukan aktivitas yang dinikmati bersama.
4. Mendorong Dukungan Emosional: Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan emosional satu sama lain. Mempromosikan budaya saling mendukung dapat membantu mengurangi stres dan meningkatkan kesejahteraan.
5. Pembagian Tanggung Jawab: Bagi tanggung jawab dalam keluarga secara adil. Ini membantu mencegah terlalu banyak beban pada satu anggota keluarga dan mendukung keseimbangan dalam kehidupan sehari-hari.
6. Atur Rutinitas yang Sehat: Tetapkan rutinitas harian yang sehat, termasuk waktu tidur yang konsisten, olahraga, dan waktu untuk bersantai. Ini membantu menjaga keseimbangan fisik dan emosional.
7. Kendalikan Teknologi: Batasi waktu yang dihabiskan di depan layar dan teknologi. Ini dapat membantu mencegah isolasi sosial dan memastikan interaksi langsung antara anggota keluarga.
8. Aktivitas Bersama yang Menyenangkan: Lakukan aktivitas bersama yang menyenangkan, seperti bermain olahraga, piknik, atau seni dan kerajinan. Ini membantu membangun kenangan positif bersama.
9. Promosikan Self-Care: Ajarkan anggota keluarga tentang pentingnya self-care. Dorong mereka untuk meluangkan waktu untuk diri sendiri, melakukan hobi, atau relaksasi.
10. Berbicara tentang Kesehatan Mental: Bicarakan kesehatan mental secara terbuka di dalam keluarga. Buatlah lingkungan di

mana anggota keluarga merasa nyaman berbicara tentang perasaan dan tantangan mereka.

11. Cari Bantuan Profesional: Jika diperlukan, jangan ragu untuk mencari bantuan dari profesional kesehatan mental. Terapis keluarga atau konselor dapat membantu dalam mengatasi masalah yang lebih kompleks.
12. Latihan Teknik Pengelolaan Stres: Ajarkan teknik-teknik pengelolaan stres kepada anggota keluarga, seperti meditasi, pernapasan dalam, atau yoga. Ini dapat membantu mengatasi stres sehari-hari.
13. Mengenali Tanda-Tanda: Ajarkan anggota keluarga untuk mengenali tanda-tanda masalah kesehatan mental dan mengajak mereka untuk mencari bantuan jika diperlukan.
14. Dorong Hubungan Positif dengan Lingkungan Luar: Dorong anggota keluarga untuk menjalin hubungan positif dengan teman, tetangga, dan komunitas. Ini dapat membantu memperluas dukungan sosial.

(Walsh.F, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)." American Psychiatric Pub.*
- Breslau, J., Miller, E., Jin, R., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., ... & Kessler, R. C. 2011. "A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 474-486.
- Diana Vidya Fakhriyani, 2019. Kesehatan Mental. Duta media Publishing. Pamekasan.
- García-Moya, I., Brooks, F., Morgan, A., Moreno, C., & Zaborskis, A. 2015. "Adolescents' Health and Well-Being in the WHO European Region: A Critical Review of Available Data." *International Journal of Public Health*, 60(7), 819-828.
- McHale, S. M., Updegraff, K. A., & Whiteman, S. D. 2012. "Sibling relationships and influences in childhood and adolescence." *Journal of Marriage and Family*, 74(5), 913-930.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. 1993. "Family stress theory and assessment: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation." In H. I. McCubbin, A. I. Thompson, M. A. McCubbin, & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, Coping, and Health in Families: Sense of Coherence and Resiliency* (pp. 19-52). Sage Publications
- Yusuf, S. 2011. Kesehatan Mental: Konsep dan Upaya Promosi Kesehatan Mental.
- Yeh, K. W., Lai, M. C., Tseng, P. T., Yang, Y. H., & Kuo, T. Y. 2020. "Association Between Parental Mental Illness and Schizophrenia in Offspring: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Frontiers in Psychiatry*, 11, 149.

- Walsh, F. 2016. "Family resilience: A developmental systems framework." In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (pp. 91-118). Springer.
- World Health Organization. 2014. "Health: A state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." *WHO Fact Sheet*, 369.

BAB 8

KELUARGA DENGAN ANGGOTA SAKIT KRITIS

Oleh Mariam Dasat

8.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang terdiri dari kepala keluarga dan keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Definisi keluarga dari beberapa ahli diantaranya :

1. E.M. Duvall. Keluarga merupakan sekumpulan orang yang yang memiliki ikatan pernikahan, persalinan, adopsi dengan tujuan untuk mempromosikan dan memelihara budaya bersama dan untuk mempromosikan dan memelihara perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial setiap anggota.
2. Salvacion G. Menurut Bailon dan Aracelis. Maglaya. Salvacion G. Bailon dan Aracelis. Maglaya (1978), keluarga merupakan dua orang atau lebih yang tinggal di rumah, memiliki hubungan keluarga, perkawinan, adopsi, berinteraksi satu sama lain, dan mengatasi satu sama lain.
3. Peter Gillis. Menurut Peter Gillis (1983), konsep keluarga adalah suatu entitas yang kompleks dengan atribut tersebut, tetapi masing-masing terdiri dari beberapa komponen yang memiliki arti sebagai entitas yang berdiri sendiri.
4. Johnson L. dan Leny R.. Menurut Johnson L. dan Leny R (2010), konsep keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang masih berhubungan.

5. Allender, J.A. Dan Spradley, B.W.. Menurut Allender, J.A. Dan Spradley, B.W. (1996), keluarga adalah satu atau lebih orang yang hidup bersama, yaitu memiliki hubungan emosional dan berkembang dalam interaksi sosial, peran, dan tugas.
6. BKKBN. Keluarga mengacu pada laki-laki dan perempuan, atau laki-laki dan perempuan, dan anak-anak mereka atau ayah dan anak-anak mereka, atau ibu dan anak-anak mereka.

8.2 Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan Keluarga adalah intervensi keperawatan yang dirumuskan untuk memaksimalkan kemampuan keluarga. Hal ini dapat mendorong anggota keluarga mampu merawat anggota keluarga yang memiliki masalah dan mempertahankan mereka tetap hidup dengan baik (Hulme P. A., 1999). Pemberdayaan Keluarga mencakup kebutuhan keluarga baik bio, psiko, sosio kultural dan spiritual. Menurut Sunarti (2008) runag lingkup pemberdayaan keluarga terdiri dari :

1. Ketahanan Keluarga. Ketahanan keluarga merupakan konsep luas kehidupan keluarga yang meliputi konsep akan fungsi keluarga, pengeloaan stress keluarga, kelentingan keluarga dan tahap perkembangan keluarga. Ketahanan keluarga meliputi ketahanan fisik keluarga , sosial, dan psikologis.
2. Fungsi, Peran dan Tugas Keluarga. Peningkatan kapasitas dan potensi keluarga dalam memenuhi fungsi kesehatan dan perawatan kesehatan keluarga, melaksanakan peran keluarga baik peran formal maupun informal dan mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga.
3. Sumber Daya. Sumber daya manusia, meliputi aspek kognitif, afektif dan psikomotor, serta sumber daya waktu. Sumber daya ekonomi seperti pendapatan, kesehatan,

- keuntungan pekerjaan dan kredit. Sumber daya lingkungan meliputi lingkungan sosial dan politik.
4. Pengeloaan Masalah dan Stress Keluarga. Kemampuan keluarga dalam menghadapi stressor (penyebab stress) yang berpotensi menyebabkan stress dan krisis, termasuk kemampuan keluarga menggunakan mekanisme koping. Pemberdayaan keluarga diarahkan meningkatkan tipologi efektif, meningkatkan kemampuan mencari alternatif pilihan strategi mekanisme koping dalam keluarga dalam menghadapi krisis keluarga.
 5. Interaksi dan Komunikasi Keluarga. Pendekatan sistem yang meliputi interaksi antara suami dan istri, orang tua dan anak, saudara kandung. Interaksi keluarga dipandang proses yang dapat mempengaruhi kualitas hidup keluarga. Proses keluarga memerlukan komunikasi yang fungsional dalam keluarga, beberapa pola komunikasi yang tidak fungsional dalam keluarga dapat terjadi karena : adanya pesan yang tidak jelas atau pesan ganda, stereotipe, yaitu pemberian nilai pada anggota keluarga yang lain untuk menghindari konflik.
 6. Tipologi Keluarga Mc Cubbin dan Thompson (1987), mengidentifikasi keluarga kedalam empat dimensi, yaitu ; Family Regenerative (kemampuan keluarga tumbuh kembang), Family Resilient (Kelentingan keluarga), Rhythmic Family (Kebersamaan keluarga), dan Tradisionalistic Family (tradisi keluarga).
 7. Kelentingan Keluarga (*Family resilience*). Kelentingan Keluarga didefinisikan sebagai kemampuan keluarga untuk merespon secara positif terhadap situasi yang menyangsakan atau merusak kehidupan keluarga, sehingga memunculkan perasaan kuat, tahan dan lebih berdaya, lebih percaya diri dibanding situasi sebelumnya. Pada kondisi dimana keluarga mengalami krisis dan

keluarga mencoba untuk mengatasinya, maka saat anggota keluarga merasa percaya diri, kerja keras, kerja sama maka keluarga sebenarnya telah menunjukkan kelentingan keluarga yang baik, yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor sepanjang kehidupan keluarga.

8. Tahap Perkembangan Keluarga. Delapan tahap siklus kehidupan keluarga dari Duvall (1977) yaitu ; Tahap I. Pasangan Baru (Keluarga Baru). Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing. Pasangan baru meninggalkan keluarga bukan secara fisik, maupun secara psikologis, yaitu keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Dua orang yang membentuk keluarga perlu mempersiapkan kehidupan keluarga yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangan, misalnya kebiasaan makan, tidur, bangun pagi. Tugas perkembangan keluarga pasangan baru adalah membina hubungan intim yang memuaskan, membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial dan mendiskusikan rencana memiliki anak.

Tahap II. Keluarga "*Child-bearing*" (Kelahiran Anak Pertama). Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertamaberusia 30 bulan. Kehamilan dan kelahiran bayi perlu disiapkan oleh pasangan suami istri melalui tugas perkembangan yang penting. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah persiapan menjadi orang tua, adaptasi dengan perubahan anggota keluarga meliputi peran, interaksi, hubungan sosial dan mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan

Tahap III. Keluarga dengan Anak Pra sekolah. Dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak pertama berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah sebagai berikut :

1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
2. Membantu anak untuk bersosialisasi.
3. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
4. Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.
5. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak.
6. Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga.
7. Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sedangkan kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi.

Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat tergantung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktu dengan baik, sehingga kebutuhan anak, suami istri dan pekerjaan dapat terpenuhi. Orang tua merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan yang harmonis dan langgeng dengan cara menguatkan hubungan kerja sama suami dan istri. Orang tua harus menstimulasi perkembangan individual anak, khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak tercapai optimal.

Tahap IV. Keluarga dengan Anak Sekolah. Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini, umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Tugas perkembangan keluarga dengan

anak sekolah adalah membantu sosialisasi anak, tetangga, sekolah dan lingkungan, mempertahankan keintiman pasangan, memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga. Pada tahap ini orang tua perlu belajar berpisah dengan anak, memberikan kesempatan kepada anak untuk bersosialisasi, baik aktivitas di sekolah maupun di luar sekolah.

Tahap V. Keluarga dengan Anak Remaja. Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir dengan 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tugas perkembangan terhadap anak remaja adalah memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan mengingat otonominya, mempertahankan hubungan yang intim dalam keluarga, mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang, menghindari perdebatan, permusuhan dan kecurigaan. Tahap remaja merupakan tahapan yang paling sulit karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Sering kali muncul konflik orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya, sedangkan orang tua berhak untuk mengontrol aktivitas anak. Orang tua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan dan permusuhan sehingga hubungan orang tua dan remaja tetap harmonis.

Tahap VI: Keluarga dengan Anak Dewasa (Pelepasan). Dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergabung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anak untuk hidup mandiri seorang diri.

Tugas perkembangan pada anak dewasa antara lain :

1. Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.

2. Mempertahankan keintiman pasangan.
3. Membantu orang tua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
4. Membantu anak untuk mandiri hidup di masyarakat.
5. Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

Keluarga mempersiapkan anaknya untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Pada saat semua anak meninggalkan rumah pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri saat fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa 'kosong' karena anak-anak sudah tidak tinggal serumah lagi. Untuk mengatasi keadaan ini orang tua perlu melakukan aktivitas kerja, mengingatkan peran sebagai pasangan dan tetap memelihara hubungan baik.

Tahap VII. Keluarga Usia Pertengahan. Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua. Untuk mengatasi hal tersebut keluarga perlu melakukan tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu mempertahankan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak dan meningkatkan keakraban pasangan. Setelah semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas yaitu pola hidup yang sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup dan pekerjaan. Pasangan juga mestinya mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi (anak dan cucu) sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antara pasangan perlu

semakin dieratkan dengan memperhatikan ketergantungan dan kemandirian masing-masing pasangan.

Tahap VIII. Keluarga Usia Lanjut. Merupakan tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berakhir salah satu pasangan meninggal atau keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stressor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan dan perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini adalah :

1. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
2. Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
3. Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
4. Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasang, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.

8.3 Model Pemberdayaan Keluarga

Model CEM (*Caregiver Empowerment Model*) ini dapat digunakan untuk meningkatkan dan mempromosikan hasil yang lebih baik dalam pengasuhan keluarga. Model Pemberdayaan Pengasuhan memperhitungkan variabel latar belakang yang mempengaruhi situasi pemberian perawatan oleh keluarga seperti ; budaya, keyakinan tentang tanggung jawab pengasuhan keluarga, tuntutan pengasuhan, penilaian pengasuhan terhadap tuntutan yang mereka hadapi, serta spesifikasi sumber daya yang dimiliki keluarga. Beberapa Variabel yang terdapat pada model pemberdayaan pengasuhan terdiri dari ; 1) *Caring Demant* (Tuntutan Pengasuhan) terdiri dari : Penurunan penerimaan perawatan, kegiatan pengasuhan dan tuntutan peran bersaing. 2)

Resurces (Sumber Daya) terdiri dari , Faktor Pribadi Anggota keluarga seperti, koheren, spiritualitas dan koping yang digunakan. Faktor Keluarga seperti, keterkaitan dan bantuan keluarga. Faktor Komunitas, seperti, penggunaan sumber daya komunitas. 3) *Filial Value* (Nilai Dasar), yang terdiri dari sikap tanggungjawab, rasa menghormati dan kemampuan merawat. 4) *Backgraund* (Latarbelakang Keluarga), terdiri dari akulturasi budaya, faktordemografi dan hubungan sebelumnya. 5) *Appraisal* (Penilaian), proses menilai yang terdiri dari dua komponen hasil penilaian, sebagai tantangan atau sebagai stressor/penyebab stres. 6) *Cargiver Outcame* (Hasil Pengasuhan), Hasil pengasuhan terhadap keluarga adalah Persepsi tentang sehat, pertumbuhan pribadi dan keluarga, eksistensi kondisi sejahtera.

Proses Pemberdayaan Keluarga Pemberdayaan keluarga dilaksanakan dengan melalui empat tahapan proses pemberdayaan keluarga (family empowerment proses) yang berjalan saling berurutan bertujuan untuk mengenalkan, mempromosikan, dan meningkatkan kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan untuk mempertahankan kehidupan keluarga berdasarkan ideologi pemberdayaan yang menjadikan semua anggota keluarga memiliki kemampuan dan kekuatan dan kapasitas untuk tumbuh dan menjadi lebih kompeten (Dunt & Trivette, 1996).

Adapun tahapan proses pemberdayaan keluarga dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Tahap Dominasi Profesional (*Professional dominated phase*) Tahap ini ditandai dengan keluarga sangat percaya dan sangat tergantung pada tenaga kesehatan yang akan memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami sakit. Keluarga untuk sementara menyesuaikan dengan situasi perawatan yang dilakukan. Pada tahap ini perawat sangat penting melakukan kontrak awal dan membina hubungan saling percaya pada keluarga serta

menjelaskan tentang masalah yang sedang dihadapi oleh keluarga. Biasanya fase ini berjalan selama keluarga mendapatkan diagnosis awal dari kondisi kesehatan kronis atau selama dalam keadaan yang dianggap keluarga mengancam jiwa atau menyebabkan kekambuhan sakitnya.

2. Tahap Partisipasi Keluarga (*Participatory phase*) Tahap ini terjadi sebagai akibat kondisi keluarga yang merasakan berat dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis dan muncul kesadaran kritis dan keinginan melakukan tindakan menjadi semakin meningkat. Keluarga mulai melihat diri mereka sebagai peserta penting dalam pengambilan keputusan terhadap anggota keluarga yang sakit kronis. Keluarga mulai belajar banyak tentang perawatan, aturan-aturan dari sistem perawatan kesehatan. Selain itu keluarga mulai mencari dukungan dan mencoba mengubah peran dan tanggung jawab untuk meningkatkan kemampuan keluarga untuk hidup sehat.
3. Tahap Menantang (*Challenging phase*) Pada tahap ini, keseimbangan pengetahuan dan keterampilan mulai bergerak dari tenaga kesehatan kepada pengetahuan dan keterampilan keluarga. Pada tahapan ini keluarga dapat mengalami kehilangan kepercayaan atau kurang percaya diri, frustrasi, tidak pasti karena keluarga harus memulai melakukan perawatan pada anggota keluarga sendiri. Pada tahapan ini sangat penting memberikan pujian terhadap kemampuan keluarga. Koping keluarga berada pada fase ini, dimana kemandirian keluarga adalah merupakan salah satu indikator koping keluarga kompeten telah dilakukan oleh keluarga.
4. Tahap Kolaborasi (*Collaborative phase*) Pada tahap ini, keluarga mulai mengasumsikan identitas baru dengan menjadi lebih percaya diri dan tegas. Keluarga sudah mulai kurang bergantung kepada tenaga kesehatan. Keluarga

sudah mampu melakukan negosiasi dengan tenaga kesehatan. Keluarga mulai menata ulang tanggungjawab untuk mempertahankan kehidupan keluarga dan berusaha meminimalkan dampak terhadap kondisi sakit kronis pada anggota keluarganya.

8.4 Penyakit Kritis

Berdasarkan Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dikeluarkan oleh Kemenkes, penyakit kritis termasuk penyakit tidak menular. Penyakit kritis memang bukan penyakit yang disebabkan oleh bakteri atau virus seperti Covid-19. Penyakit-penyakit yang tergolong kritis umumnya muncul karena pola hidup tidak sehat yang dilakukan bertahun-tahun. Artinya, penyakit jenis ini tidak muncul begitu saja.

Riskesda 2018 menyajikan data bahwa sebanyak 95,5 persen masyarakat Indonesia kurang mengonsumsi sayur dan buah. Kemudian, 33,5 persen masyarakat kurang melakukan aktivitas fisik; 29,3 persen memiliki kebiasaan merokok; dan 21,8 persen orang dewasa mengalami obesitas. Kebiasaan-kebiasaan buruk ini meningkatkan faktor risiko penyakit kritis, lho. Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada 2018, penyakit kardiovaskular menjadi penyakit kritis penyumbang angka kematian tertinggi di Indonesia, yakni 35 persen. Kanker berada pada posisi kedua, yakni 12 persen. Tentunya, penyakit kritis membawa dampak bagi yang menderita maupun orang-orang di sekitarnya. Tidak hanya berdampak pada kesehatan, penyakit kritis juga mempengaruhi mental dan finansial. Yuk, lanjut baca artikel ini untuk menambah pengetahuanmu.

Di dalam dunia kesehatan dan asuransi, setidaknya tiga penyakit berikut dikenal sebagai penyakit kritis yang umum dialami oleh masyarakat, yaitu: Kanker. Sel-sel tubuh kita yang menua atau abnormal biasanya akan mati lalu digantikan oleh

sel yang baru dan berfungsi normal. Namun, ketika ada kegagalan dalam proses siklus hidup sel, seperti sel-sel baru tetap diproduksi tetapi sel tua dan abnormal tidak mati dan diganti, saat itulah kanker terjadi. Sel yang abnormal bisa berarti sel kanker. Jika sel kanker tumbuh dengan cepat dan tidak terkendali, sel-sel normal akan kalah dalam jumlah. Sel kanker akan menyerang sel yang sehat sehingga membuat jaringan bahkan organ tubuh kita tidak berfungsi dengan baik. Berdasarkan data Riskesdas, prevalensi kanker di Indonesia menunjukkan peningkatan dari 1,4 per 1000 penduduk di tahun 2013 menjadi 1,79 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Data *Global Burden of Cancer Study (Globocan)* dari World Health Organization (WHO) mencatat, total kasus kanker di Indonesia pada tahun 2020 mencapai 396.914 kasus dan dalam 234.511 kasus penyakit ini menyebabkan kematian.

Kanker atau tumor ganas adalah pertumbuhan sel atau jaringan yang tidak terkendali dan menyebar dari sel-sel abnormal, jika penyebarannya tidak terkontrol maka dapat menyebabkan kematian (American Cancer Society, 2014). Kanker merupakan kumpulan sel abnormal yang terbentuk oleh sel-sel yang tumbuh terus menerus, tidak terkoordinasi dengan jaringan sekitarnya dan tidak berfungsi secara fisiologis. Kanker terjadi karena adanya sel yang bersifat mutagenik, yaitu adanya mutasi genetik pada sel somatik dan sel germinal, terjadi karena beberapa faktor baik faktor keturunan maupun faktor lingkungan. Sel mutagenik bersifat *infiltratif*, serta *destruktif* (merusak jaringan sekitar). Hal ini menyebabkan sel tersebut membelah tidak terkendali dan akhirnya akan menyerang sel lainnya. Selanjutnya akan menyebabkan perubahan metabolisme yang akhirnya akan mengganggu fungsi fisiologis tubuh. Kanker merupakan salah satu masalah kesehatan utama di Indonesia.

Kanker merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia maupun di Indonesia. Setiap tahun 24,6 juta orang diseluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia. Pada tahun 2020 diperkirakan 10,3 juta orang akan meninggal dunia karena kanker setiap tahun. Kejadian ini akan terjadi lebih cepat di negara miskin dan berkembang *International Union against Cancer (UICC)* (2009).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) dan UICC memprediksi, akan terjadi peningkatan lonjakan penderita kanker sebesar 300 persen di seluruh dunia pada tahun 2030 (UICC, 2009). Penyebab kematian utama diprediksikan pada tahun 2019 ini adalah kanker. Laporan dari WHO bahwa 84 juta orang meninggal akibat kanker dalam rentang waktu 2005-2015, dan sekitar lebih dari 15 juta orang di seluruh dunia akan mengidap kanker pada tahun 2020 dan sekitar 10 juta orang akan meninggal akibat kanker tiap tahunnya sebanyak 60%.

Di Amerika tercatat 21% kasus kanker dengan 14,4% meninggal dunia. Penyakit kanker di Indonesia (136.2/100.000 penduduk) dan Indonesia berada pada urutan 8 Asia Tenggara. Menurut *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) penyebab kematian ketiga di Indonesia adalah kanker, setelah penyakit stroke dan TB. Jenis penyakit kanker yang paling tinggi adalah kanker payudara (28%), kemudian kanker serviks (12,8%), leukemia (10,4%), limfoma (8,3 %), dan terakhir adalah kanker paru (7,8 %). (CDC, 2013).

Berdasarkan data Riskesdas (2013). Masalah kanker di Indonesia menempati urutan ke-3 masing-masing asma 4,5 persen, PPOK 3,7 persen, dan kanker 1,4 %. Prevalensi kanker tertinggi terdapat di Yogyakarta (4,1‰), diikuti Jawa Tengah (2,1‰), Bali (2‰), Bengkulu, dan DKI Jakarta masing-masing 1,9 %. Prevalensi asma, PPOK, dan kanker meningkat seiring

dengan bertambahnya usia. Prevalensi asma pada kelompok umur ≥ 45 tahun mulai menurun. Prevalensi kanker agak tinggi pada bayi (0,3‰) dan meningkat pada umur ≥ 15 tahun, dan tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (5‰). Prevalensi asma dan kanker pada perempuan cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki. Penyakit kanker di kota cenderung lebih tinggi dari pada di desa.

Menurut Riskesdas (2018) Prevalensi kanker di Indonesia tahun 2013 1.4 % dan tahun 2018 1.8 %. Kasus tertinggi di Yogyakarta pada tahun 2018 yaitu 4.9 % dan kasus terendah di NTB 0,9 %. Prevalensi kanker berdasarkan pendidikan jumlah terbanyak pada pendidikan tinggi 5,6 %, berdasarkan pekerjaan PNS/TNI/Polri merupakan prosentasi terbanyak yang mengalami kanker 4.1 %. Prevalensi tindakan kanker dengan pembedahan sebanyak 61.8 persen, radiasi/penyinaran 17.3 %, kemoterapi 24.9 % dan lainnya 24.1 persen. Prevalensi kanker berdasarkan usia prosentase yang paling tinggi pada lansia, usia 45-54 tahun 4.03 %, usia 55-64 tahun 4.62 %, usia 65 – 74 tahun 3.52 % dan lebih dari 75 tahun 3.84 %.

Stroke. Stroke terjadi jika darah yang membawa oksigen tidak mengalir ke sebagian otak sehingga terjadi kematian sel atau jaringan. Ada dua jenis stroke, yaitu iskemik (penyumbatan) dan hemoragik (pendarahan). Pada penderita stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena terjadi penyumbatan atau pembekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. 85% dari keseluruhan kasus stroke merupakan tipe iskemik. Pada penderita tipe kedua, yakni stroke hemoragik, pembuluh darah pecah sehingga terjadi perdarahan yang mengurangi aliran darah ke jaringan otak. Kedua tipe stroke ini mampu menyebabkan kelumpuhan hingga kematian. . Stroke merupakan kondisi medis serius dan dapat mengancam nyawa. Menurut World Stroke Organization

dalam *International Journal of Stroke* (2022), sampai saat ini, stroke menjadi penyebab kematian kedua dan penyebab disabilitas ketiga paling tinggi di dunia. Dalam dua dekade terakhir, terjadi peningkatan jumlah stroke, yaitu 86% berakhir dengan kematian dan 89% menyebabkan disabilitas, terutama di negara yang berpendapatan rendah dan menengah ke bawah.

Penyakit jantung. Penyakit jantung menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2013 dan 2018 menunjukkan tren peningkatan penyakit jantung yakni 0,5% pada 2013 menjadi 1,5% pada 2018. Bahkan penyakit jantung ini menjadi beban biaya terbesar. Berdasarkan data BPJS Kesehatan pada 2021 pembiayaan kesehatan terbesar ada pada penyakit jantung sebesar Rp.7,7 triliun. . Ada 3 faktor risiko utama yang memiliki kaitan erat dengan penyakit jantung: tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, dan merokok. Kondisi dan gaya hidup, usia, dan riwayat kesehatan keluarga merupakan faktor risiko penyakit jantung. Meski beberapa faktor risiko penyakit jantung tidak dapat dikontrol, misalnya saja usia dan riwayat kesehatan keluarga. Akan tetapi, ada kabar baik. Kamu bisa kok mengambil langkah-langkah untuk menurunkan risiko penyakit jantung dengan fokus pada faktor-faktor yang bisa dikontrol. Meski perawatan medis untuk penyakit jantung terus berkembang dan semakin maju, banyak penelitian menunjukkan bahwa pencegahan adalah kunci terbaik.. Apakah kamu sudah menerapkan pola hidup sehat? Atau kamu masih melakukan kebiasaan-kebiasaan yang dapat memicu kanker? Waduh. Cari tahu apa saja tanda-tanda kanker dan cara mencegahnya.

8.5 Dampak Penyakit Kritis

Menurut Robby Christy, seorang perencana keuangan, ada tiga aspek kehidupan yang terdampak oleh penyakit kritis, yaitu:

1. Dampak psikologis . Setelah memperoleh hasil diagnosis dokter, pasien sakit kritis mungkin saja terguncang secara mental. Lamanya proses pengobatan atau penyembuhan serta biaya yang tidak sedikit seringkali menyebabkan pikiran penderitanya menjadi gampang panik dan gelisah. . Tidak hanya si pasien sakit kritis yang merasakan masalah psikologis. Keluarga di sekitarnya juga mengalami beban mental, terutama bagi anggota keluarga yang terlibat erat dalam mengurus dan menjaganya. Umumnya, pasien sakit kritis juga memiliki ketakutan soal dirinya menjadi beban bagi keluarga.
2. Dampak fisiologis . Dampak ini terkait proses perawatan dan tindakan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Mulai dari minum banyak obat, bedah atau operasi, penanganan sebelum dan setelah operasi, dsb. Proses penyembuhan penyakit kritis bisa memakan waktu bulanan, tahunan, bahkan ada yang sampai seumur hidup. Kelelahan secara fisik merupakan hal yang akan dialami oleh pasien sakit kritis. Begitu juga pada keluarga yang menjaga dan merawatnya.
3. Dampak finansial . Dampak finansial yang diakibatkan oleh penyakit kritis tidak terhindarkan. Segala penanganan medis dan pengobatan membutuhkan biaya yang besar, apalagi jika penyakit yang diderita sangat parah. Keuangan keluarga dapat terpuruk karena habis untuk membiayai pengobatan. Jika pasien sakit kritis adalah pencari nafkah keluarga, kondisi finansial semakin memburuk akibat hilangnya pendapatan karena tidak bisa bekerja selama sakit.

8.6 Mengurangi Dampak Penyakit Kritis

1. Dampak psikologis . Melansir WebMD, pasien sakit kritis harus memiliki *support team* yang mendukung proses penyembuhannya. Tim pendukung ini termasuk keluarga dan teman yang memiliki kepedulian. Meski begitu, anggota keluarga dan teman juga bisa memiliki rasa cemas dan ketakutan. Oleh karena itu, pasien sakit kritis perlu memiliki seseorang yang tidak emosional, logis, dan tidak memiliki kepentingan tertentu. Psikolog atau psikiater di rumah sakit dapat membantu pasien membahas perasaan dan beban mental yang dialami. Anggota keluarga yang mengalami beban mental akibat merawat pasien penyakit kritis juga sebaiknya berkonsultasi dengan psikolog yang disediakan rumah sakit.
2. Dampak fisiologis . Masih merujuk WebMD, agar sakit yang dirasakan oleh tubuh pasien kritis dapat diatasi sebaik mungkin, dokter perlu tahu apa yang benar-benar pasien rasakan. Usahakan untuk melaporkan kondisi dan rasa sakit yang kamu alami seakurat mungkin. Pasien penyakit kritis tidak perlu malu mengakui rasa sakit hanya karena ingin terlihat kuat dan tegar. Deskripsikan apa yang dirasakan, di mana lokasinya, apakah semakin memburuk atau semakin membaik selama proses penyembuhan dan pengobatan. Sampaikan gejala atau keluhan apa pun yang pasien rasakan kepada dokter sedetail mungkin. Dengan demikian, dokter dapat memberikan penanganan atau obat yang tepat bagi keluhan tersebut.
3. Dampak finansial . Penyakit kritis dapat memberikan masalah finansial bagi penderitanya, yaitu biaya pengobatan yang cukup besar, bahkan hingga ratusan juta rupiah. Menurut Prita Ghozie, seorang perencana keuangan, mempersiapkan dana darurat sejak dini perlu dilakukan oleh semua orang. Dana darurat adalah dana

terpisah yang khusus disiapkan untuk menghadapi keadaan darurat atau tak terduga, seperti terkena PHK, kebutuhan biaya karena sakit kritis, dan lain-lain. Idealnya, dana darurat dikumpulkan setiap bulan dari penghasilan yang diterima. Sisihkan setidaknya 5% dari gaji untuk dikumpulkan sebagai dana darurat. Setiap keluarga sebaiknya punya saldo dana darurat sebesar minimal 3 kali pengeluaran rutin bulanan.

8.7 Pendampingan Keluarga terhadap Pasien yang mengalami Penyakit Kritis

Keluarga merupakan seorang yang paling diharapkan menjadi pendamping utama pasien atau disebut dengan *family caregiver*. *Family caregiver* pada pasien adalah individu yang bertugas sebagai perpanjangan peran dari tenaga profesional yang memberikan perawatan dan bantuan secara sukarela sesuai dengan kondisi kesehatan keluarga. Mereka adalah pasangan, anak, orang tua, tetangga atau kerabat pasien yang berkomitmen untuk merawat pasien.

Pendampingan keluarga kepada pasien kritis dapat dilakukan di ruang ICU maupun di rumah, atau tempat perawatan lain yang diinginkan pasien atau keluarga. Keluarga tidak dapat menemani pasien ketika di ruang ICU. Pasien-pasien yang dirawat di ruang ICU merupakan pasien dengan tingkat kekritisan penyakit yang cukup tinggi dan sebagian besar dari mereka memiliki imun yang rendah sehingga sangat mudah terkena virus Covid 19. Salah satu dampak yang muncul dari kebijakan ini yaitu peningkatan kecemasan keluarga pasien. Anggota keluarga pasien yang sakit kritis terbukti mengalami peningkatan kecemasan, penolakan, depresi bahkan takut kehilangan orang yang mereka cintai. Hal ini perlu diperhatikan oleh perawat karena profesi keperawatan

memiliki tugas memberikan perawatan secara holistic atau menyeluruh bagi pasien maupun keluarga.

Perawatan yang befokus pada keluarga sangat memungkinkan untuk dilakukan pada pasien yang mempunyai kondisi sakit kritis. Pasien kritis memiliki fase pemulihan atau rehabilitasi yang menuntut pasien dan keluarga bekerjasama untuk membantu dalam pemulihannya. Semua anggota keluarga pasti akan meningkatkan kepeduliannya. Keluarga merupakan bagian dari pasien. Berdasarkan literatur review yang dilakukan oleh Fitriyani dkk tahun 2017 didapatkan hasil bahwa Hampir sebagian besar kualitas hidup keluarga pasien di ICU kurang baik utamanya kesehatan mental terganggu

Keluarga pasien dengan masalah kesehatan psikologis yang buruk akan berakibat pada pengambilan keputusan yang diambil, sehingga berdampak pula pada pasien-pasien ICU. Kesejahteraan keluarga akan berdampak pada anggota keluarga dan panjang rawat inap. Penerapan koping yang positif oleh keluarga akan mempengaruhi hasil perawatan bagi pasien lebih baik dan peningkatan stressor sebagai akibat gangguan psikologis yang terjadi pada keluarga. Mengingat pentingnya keluarga sebagai kiat sukses dalam pemulihan kondisi kesehatan pasien maka kita sebagai perawat perlu memahami kebutuhan yang diinginkan oleh keluarga.

Menurut Rusdianti dan Arofiati dalam hasil reviewnya pada beberapa jurnal mengenai kebutuhan keluarga pasien yang di rawat di ICU pada tahun 2019 diketahui bahwa kebutuhan keluarga pasien yang dirawat di ICU diantaranya adalah informasi, kedekatan, dukungan, keterlibatan serta mengetahui perawatan yang diterima pasien. Karakteristik informasi yang ingin diketahui oleh keluarga yaitu disampaikan secara komprehensif, konsistensi serta kejujuran tanpa adanya rahasia. Keluarga akan mengalami kecemasan dan kekhawatiran jika tidak mendapat informasi mengenai pasien,

dengan demikian informasi dapat menjadi kebutuhan terpenting.

Analisis lain ditemukan bahwa kedekatan merupakan salah satu kebutuhan dari keluarga. Kedekatan yang dimaksud adalah keluarga dapat berada disamping pasien dan dapat melakukan perawatan mendasar untuk pasien seperti memijat bagian tangan pasien. Hasil analisis lain menyatakan bahwa dukungan juga berperan penting dalam proses perawatan khususnya pada keluarga. Tenaga kesehatan seperti perawat dan dokter sangat berperan besar dalam pemberi dukungan kepada keluarga. Kontribusi mereka dalam dukungan ini berupa pemberi layanan perawatan pada pasien. Bentuk dukungan lain yang muncul dari tenaga kesehatan yaitu sifat kepedulian, perhatian, pemberi rasa nyaman dan komunikasi yang baik diberikan pada keluarga pasien.

Keterlibatan dalam perawatan pasien sangat diharapkan oleh sebagian besar keluarga pasien. Alasan keluarga menginginkan keterlibatan dalam merawat pasien yaitu keluarga merasa bahwa pikirannya menjadi tenang bahkan dapat meningkatkan kepercayaan pada sistem kesehatan yang ada. Semua kebutuhan keluarga yang telah dipaparkan tersebut semakin meningkat pada era pandemi saat ini. Padahal, hampir semua kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi saat pandemi. Contohnya kebutuhan akan kedekatan dengan pasien. Untuk itu, tenaga kesehatan khususnya dokter dan perawat sebaiknya turut meningkatkan perilaku caring mereka baik terhadap pasien maupun keluarga pasien itu sendiri. Pemberian informasi kondisi perkembangan pasien secara berkelanjutan telah dilakukan di ICU RSUP Dr Sardjito. Hal ini merupakan langkah untuk menurunkan tingkat kecemasan keluarga pasien pada era pandemi.

Setiap ICU di Rumah Sakit memiliki kebijakan aturan berkunjung untuk memastikan kenyamanan dalam perawatan

pasien kritis. Keluarga/wali pasien perlu bertanya kepada staf rumah sakit ICU tentang jam dan persyaratan kunjungan tertentu sebelum mengunjungi pasien. Kunjungan biasanya dibatasi hanya untuk orang-orang yang dianggap sebagai keluarga dekat. Jika keluarga/wali pasien merasa sedang dalam kondisi tidak fit, hendaknya mempertimbangkan kembali untuk mengunjungi pasien di ICU atau mendiskusikan kondisi kesehatannya dengan staf ICU sebelum berencana untuk mengunjungi pasien.

Alasan diberlakukannya aturan berkunjung bagi pasien yang dirawat di ICU meliputi kecemasan perawat akan adanya gangguan dalam perencanaan asuhan keperawatan, pengobatan, perawatan pasien, peningkatan beban kerja tenaga kesehatan, lebih banyak waktu yang dihabiskan dalam memberikan informasi kepada keluarga pasien, dan tingkat stres yang lebih tinggi untuk pasien dan kerabatnya. Selain itu, risiko kejadian infeksi lebih tinggi pada pasien dan anggota keluarga, khususnya pada kelompok yang rentan (terutama anak-anak) dalam situasi perawatan yang kompleks, serta perasaan tidak nyaman yang dirasakan tenaga kesehatan dalam manajemen perawatan pasien kritis dengan kehadiran keluarga secara keseluruhan adalah alasan lain kenapa keluarga tidak bisa menemani pasien di ICU. Oleh karena keluarga tidak menemani pasien, kebijakan pembatasan kunjungan mengharuskan komunikasi dengan keluarga lebih terencana sejak pandemi COVID-19.

Pembatasan ini berdampak pada perubahan kebijakan di masa depan dalam meningkatkan komunikasi dengan keluarga dan mengurangi kelelahan tenaga kesehatan. Komunikasi melalui berbagai metode termasuk konferensi video sedang digunakan di seluruh dunia sebagai metode untuk memungkinkan kehadiran keluarga secara virtual di samping tempat tidur dalam perawatan intensif, selama perawatan akhir hayat dan selama pemulihan pasien di ICU.

Menurut Zhu ET.AL. (2023) Ketika orang yang dicintai dengan kanker stadium lanjut menghadapi kemunduran menjelang akhir hidup mereka, keluarga akan menunjukkan rasa tanggung jawab yang luar biasa untuk merawat dan melakukan upaya besar untuk meringankan penderitaan orang yang mereka cintai .Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa pentingnya peran keluarga dalam merawat pasien kanker dalam hal pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pendampingan yang dilakukan keluarga dan dukungan keluarga agar meningkatkan kualitas hidup klien serta keluarga memiliki respon yang bervariasi selama melakukan perawatan seperti respon positif dan respon negatif. (Kurniawan, 2021)

Dwijayanti, et.all (2016) keluarga memiliki rasa empati terhadap kondisi pasien ketika merawat diantaranya adalah respon psikologis yang peneliti temukan dari partisipan diantaranya panik, takut, kecewa, bingung, dan sedih menghadapi kondisi pasien. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Oyegbile dan Rysiewicz (2017) dalam merawat pasien di rumah dimana partisipan merasa stress karena harus menyediakan perawatan yang kompleks dan rumit. Partisipan harus terus waspada dan tidak boleh melakukan kesalahan dalam merawat pasien, terutama ketika memberikan obat-obatan.

Hal yang sama penelitian yang dilakukan oleh Saleh, dkk (2018) studi itu menjelaskan, meskipun keluarga sangat peduli dengan pasien, merawat dan mengurus segala kebutuhan pasien membuat kebanyakan partisipan mengalami masalah fisik. Masalah fisik yang dialami berupa kelelahan yang ekstrim, sakit fisik, tidak bisa tidur, menjadi lupa, sakit kepala, pusing, nafsu makan berkurang, dan terjadi penurunan berat badan. Merawat pasien juga mengurus emosi kebanyakan partisipan. Merasa khawatir, gugup, dan tidak tahu apa yang harus

dilakukan untuk menolong pasien menyebabkan partisipan stress secara emosional. Selain itu, partisipan membutuhkan biaya untuk perawatan dan pengobatan pasien. Namun, dalam penelitian tersebut, stress finansial tidak terlalu dirasakan oleh partisipan secara umum, karena ada dukungan dari pemerintah terkait pengobatan dan bantuan biaya secara teratur dari kerabat maupun teman.

Pernyataan beberapa penelitian diatas didukung oleh pernyataan Direkrotarat pencegahan dan pengendalian infeksi (2016) bahwa keluarga yang merawat akan mengalami gangguan psikososial yang timbul seperti cemas, depresi, perubahan perilaku, gangguan penyesuaian dengan berbagai keluhan penyerta, sampai kondisi gangguan jiwa berat. Hal tersebut tidak mudah dievaluasi terutama pada keluarga. Gangguan psikososial keluarga bersumber pada kondisi penyakit pasien, kepribadian, latar belakang kehidupan penderita, keluarga, budaya, agama dan sebagainya. Hal ini sesuai juga dengan pernyataan Kubler Rose bahwa setiap individu ketika mengalami gangguan psikologis akan memiliki 5 tahapan, yaitu denial, anger, bargaining, depresi dan acceptance.

Strategi yang paling tepat untuk mengurangi bahkan menyembuhkan kesedihan dan kekhawatiran adalah dengan mengembalikan semuanya pada takdir Allah SWT yang harus diterima dengan sabar dan ikhlas serta berusaha membantu pasien untuk meningkatkan kualitas hidupnya dan juga tetap berdoa untuk kesembuhan pasien. Hal ini sesuai dengan pernyataan Dit P2PTM (2016) agar semangat keluarga tetap stabil, maka cara berkala dianjurkan untuk merefleksikan tujuan semula yang mulia untuk menolong sesama dan mengembalikan semua takdir kepada sang Pencipta sehingga keluarga tetap semangat dalam merawat pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardian, I. 2014. Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment) sebagai Intervensi Keperawatan Keluarga. Majalah Ilmiah Sultan Agung.
- CDC. 2013. *The Centers for Disease Control and Prevention*. CDC.
- Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2016. Petunjuk Teknik Paliatif Kanker Dewasa, Jakarta : KEMESKES RI.
- Dwijayanti, A.K. 2020. Pengalaman caregiver keluarga dalam merawat pasien kanker payudara. Bali : Universitas Udayanan.
- Fitriyani, N., Juniarto, A.Z., Utami, R.S. 2017. Literature Review: Kualitas Hidup Keluarga Pasien Di Intensive Care Unit. Seminar Nasional Ilmiah Keperawatan. Semarang
- Friedman, M. 2013. *Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC
- I Putu, A.S.P. 2022. Inilah alasan rumah sakit tidak mengizinkan keluarga untuk menemani pasien di ruang ICU. RSUP Sanglah Denpasar.
- https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1897/inilah-alasan-rs-tidak-mengizinkan-keluarga-untuk-menemani-pasien-di-ruang-icu.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Litbangkes. Infodatin Kanker. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- KEMENKES RI, Kantor Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, ditetapkan di Jakarta. 26 Juli 2010
- Kurniawan, et al. (2021). Vol. 2, No. 2, Februari 2021. Journal Health Sains, 2(2), 135–152.
- Nita, A., et.al. 2019. Implementation of palliative care for patients with terminal diseases from the viewpoint of healthcare personnel. BMC.

- Rahmawati, A. 2022. Pentingnya kebutuhan keluarga pasien di intensive care unit. RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1160/pentingnya-kebutuhan-keluarga-pasien-di-intensive-care-unit-icu
- Roojai Insurance Agent. 2023. Penyakit Kritis: Jenis-jenis dan Dampaknya. PT Roojai Insurance Agent. <https://www.roojai.co.id/article/gaya-hidup-kesehatan/penyakit-kritis/>.
- Riskesdas 2018. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI..*
- Jakarta : Kemenkes RI.
- Riskesdas. 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI.*Jakarta : Kemenkes RI
- Rusdianti, A., Arofiati, F. 2019. Kebutuhan Keluarga Pasien yang Dirawat di *Intensive Care Unit (ICU)*: Literature Review. 2-TRIK: Tunas-Tunas Riset Kesehatan, Volume 9 Nomor 1, Februari 2019
- Sunarti, E. 2008 Program Pemberdayaan dan Konseling Keluarga. Bogor: FakultasEkologi Manusia IPB.
- WHO. 2015. *Global Cancer Facts & Figures (3rd ed)*. 1-62.
- Zhu Y, Pei X, Chen X, Li T. 2023. Family Caregivers' Experiences of Caring for Advanced Cancer Patients: A Qualitative Systematic Review and Meta-synthesis. *Cancer Nurs.* 2023 Jul-Aug 01;46(4):270-283. doi: 10.1097/NCC.0000000000001104. Epub 2022 Dec 11. PMID: 35482525.

BAB 9

KEPERAWATAN PRAOPERASI DAN PASCA OPERASI DALAM KELUARGA

Oleh Haris

9.1 Keperawatan Perioperatif

9.1.1 Gambaran Umum Keperawatan Perioperatif

Asuhan keperawatan perioperatif adalah perawatan yang diberikan pada klien sebelum operasi, selama operasi dan setelah proses pembedahan (Potter & Peery, 2010). Perawatan perioperatif merupakan pelayanan kesehatan yang bertindak cepat dan tepat karena menyangkut keselamatan pasien. Kamar operasi atau ruang pembedahan menjadi ruangan yang berpotensi menimbulkan masalah yang berkaitan dengan keselamatan pasien. Hal ini menjadi masalah serius jika budaya keselamatan pasien masih rendah yang diterapkan di rumah sakit. Perawat yang bertugas di kamar bedah wajib melaksanakan tindakan aseptis bedah yang tepat, mencatat setiap prosedur dan kejadian selama pembedahan dan mengutamakan prinsip keselamatan klien.

Pembedahan memiliki dua jenis, mulai dari pembedahan minor hingga pembedahan mayor. Pembedahan minor disebut operasi kecil karena pemuliahannya tidak membutuhkan waktu yang lama seperti operasi katarak, insisi jaringan atau bedah plastik wajah. Pembedahan mayor disebut juga sebagai operasi besar karena membutuhkan waktu yang lama untuk pemuliahannya dan memiliki risiko komplikasi yang cukup tinggi. Pembedahan mayor ini biasanya dilakukan pembedahan pada area kepala, perut dan dada untuk mengangkat tumor atau organ yang mengalami kerusakan seperti ginjal.

9.1.2 Proses Keperawatan Preoperatif

Proses keperawatan dalam fase preoperatif mencakup pengetahuan mengenai anatomi dan fisiologi yang mempengaruhi sistem tubuh terkait bagian tubuh yang dilakukan pembedahan, faktor risiko apa saja yang bisa terjadi ketika proses pembedahan seperti perdarahan yang berlebihan hingga mengakibatkan kekurangan cairan, pengalaman sebelumnya merawat klien yang menjalani operasi, pengkajian sumber coping klien, dukungan keluarga dan pemeriksaan diagnostic praoperasi. Pengetahuan perawat mengenai risiko yang bisa terjadi menjadi peringatan bagi perawat untuk mengantisipasi agar risiko tersebut benar-benar terjadi sehingga perawat perlu mengambil tindakan yang tepat.

Klien yang akan menjalani operasi seringkali mengalami kecemasan dan stres psikologis. Klien sering kali memikirkan apa yang akan terjadi pada diri mereka selama proses pembedahan, apakah selama pembedahan klien tetap terjaga keselamatannya dan bisa pulih seperti biasanya. Perawat perlu mengkaji apa yang dipikirkan klien jika klien merasa tidak berdaya coba untuk mengidentifikasi alasannya. Perawat perlu menjelaskan kepada klien mengenai prinsip kerja perawat selama pembedahan dalam menjaga keselamatan klien, perawat bekerja secara profesional dan bekerja sesuai dengan standar. Perawat perlu melibatkan keluarga dalam intervensi praoperasi seperti keluarga mendampingi dan memberi dukungan kepada klien sebelum memasuki kamar operasi. Perawat perlu memastikan keperluan obat dan alat klien sebelum diantarkan ke kamar operasi.

Salah satu intervensi yang dapat diberikan perawat kepada keluarga dan klien adalah dengan teknik distraksi melalui pengalihan perhatian klien dan keluarga. Media yang bisa digunakan adalah dengan mendengarkan musik. Vibration musik dengan lantunan yang lembut dapat memberikan efek penyembuhan bagi pasien dengan berkaitan dengan pola getar dasar yang memberikan efek penyembuhan bagi fisik, jiwa dan

pikiran. Saat mendengarkan musik gelombang otak lebih kuat sehingga dapat menghasilkan hormone bahagia, serotonin yang lebih banyak di dalam tubuh sehingga yang mendengarkan musik merasakan kenyamanan, bahagia dan memberikan efek penyembuhan.

Edukasi kesehatan penting diberikan pada klien dan keluarga. Perawat menjelaskan secara utuh mengenai tindakan pembedahan, apa saja yang harus dilakukan klien dan juga keluarga sebelum menjalani pembedahan. Perawat perlu menggali harapan klien dan keluarga. Perawat juga menyampaikan apa menjelaskan ketika memasuki ruangan operasi sudah ada tenaga kesehatan yang siap menerima klien dan bekerja secara professional sesuai standar pelayanan prosedur pembedahan. Perawat juga menyampaikan keluhan yang biasa muncul setelah operasi. Perawat memastikan bahwa klien dan keluarga menerima dan memahami informasi yang diberikan dan memastikan bahwa klien dan keluarga tidak mengalami cemas dan rasa khawatir yang berlebihan yang menghambat klien mempersiapkan diri menjalani pembedahan.

9.1.3 Proses Keperawatan Intraoperatif

Pada tahap intraoperatif perawat bertugas berdasarkan perannya sebagai perawat instrument atau perawat sirkuler. Perawat Instrument yaitu perawat yang ditugaskan dan diberi kewenangan dalam pengelolaan paket alat pembedahan selama tindakan pembedahan berlangsung. Perawat sirkuler adalah perawat yang memastikan ketersediaan instrument / bahan yang dipakai saat pelaksanaan tindakan dan juga bertugas dalam pemberian anastesi (HIBKABI, 2020)

Perawat kamar bedah harus mengikuti pelatihan agar memenuhi kualifikasi sebagai perawat kamar bedah. Perawat harus memantau kondisi klien selama pembedahan, mencatat setiap tahap pembedahan, instrument yang digunakan, kasa yang

digunakan untuk menutup perdarahan, anastesi yang digunakan, dan mencatat kestabilan tanda-tanda vital selama proses pembedahan, posisi klien saat pembedahan, pencegahan infeksi dan syok.

Perawat yang bekerja kamar operasi perlu memastikan identitas klien yang akan menjalani operasi. Pada tahapan ini perawat menggali perasaan klien dan memberikan distraksi jika klien masih merasakan cemas yang tidak terkontrol. Perawat memastikan dokumen catatan medik klien.

9.1.4 Proses Keperawatan Pascaoperatif

Setelah operasi perawatan klien menjadi kompleks sebagai dampak proses pembedahan yang telah dijalankan. Efek anastesi mengakibatkan klien mengalami kelemahan fisik. Klien dengan operasi minor tidak membutuhkan waktu yang lama untuk pemulihan bahkan klien sudah bisa diizinkan pulang setelah mengalami kondisi yang stabil. Namun tidak terjadi pada klien yang menjalani operasi mayor selain membutuhkan pemulihan yang lebih lama, pada kondisi tertentu klien harus menjalani proses pemulihan di ruang perawatan intensif.

Perawat perlu menilai proses pemulihan klien. Asuhan keperawatan difokuskan pada proses pemulihan dengan kondisi kesehatan yang relatif stabil seperti patennya jalan napas dan pernapasan, kondisi sirkulasi yang baik, irama jantung dan tekanan darah yang stabil, pengisian kapiler yang kurang dari 3 detik, keseimbangan cairan dan elektrolit, tanda-tanda dehidrasi atau kekurangan darah, kondisi luka, fungsi neurologi yang terkendali, reaksi pupil dan keselamatan klien setelah pembedahan, kebutuhan nutrisi yang terpenuhi dan diperbolehkan setelah pasca pemulihan kesadaran, intake dan output cairan dan kebutuhan aktifitas dan mobilisasi pasca operasi.

9.2 Peran Keluarga dalam perawatan perioperative

9.2.1 Peran dan Fungsi keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam komunitas / masyarakat. Dikatakan sebagai keluarga jika terdapat dua orang atau lebih dengan salah satunya sebagai kepala keluarga yang dihubungkan melalui keturunan, pernikahan atau adopsi dan tinggal dengan tempat atau rumah yang sama. Keluarga terdiri dari tiga sudut pandang struktural, fungsional dan transaksional. Struktural berarti bahwa kehadiran atau ketidakhadiran anggota keluarga seperti orangtua, anak, atau kerabat lainnya. Secara fungsional ditujukan untuk terpenuhinya tugas dan fungsi keluarga sementara secara transaksional merujuk pada bagaimana keluarga menjalankan fungsinya. Keluarga hadir untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga. Keluarga menjadi penyangga individu dan masyarakat. Pembentukan keluarga untuk memberikan dukungan pada anggota keluarga sebagai individu dalam masyarakat (Nies & McEwen, 2019)

Salah satu fungsi keluarga adalah fungsi afektif yang menjadikan anggota keluarga mempunyai rasa memiliki dan menciptakan identitas sebagai bagian dari keluarganya. Fungsi afektif menjadikan keluarga saling mengasuh, saling mengasihi, dan saling menyayangi dan menjadi respon dalam pemenuhan kebutuhan emosional. Jika fungsi afektif tidak terpenuhi maka akan menimbulkan tekanan, kesedihan dan kesusahan dari anggota keluarga. Adanya dukungan secara emosional menjadi ciri khas dari fungsi afektif keluarga.

9.2.2 Kebutuhan keluarga dalam perawatan pre operative.

Kehadiran keluarga selama perawatan perioperative menjadi bagian yang perlu diperhatikan oleh perawat dan keterlibatan keluarga menjadi bagian penting dalam proses pembedahan yang

dijalankan klien. Beberapa hal yang selalu dibutuhkan keluarga ketika anggota keluarganya menjalani pembedahan (Kaakinen et al., 2010) seperti :

1. Mendapatkan informasi mengenai pengobatan
2. menyadari alasan dan apa saja pelayanan yang disediakan
3. Mengenai tentang prognosis klien
4. Memantau kondisi kesehatan klien
5. Mengerti dengan tipekal staf perawatan untuk keluarga
6. Mengetahui perawat yang bisa dihubungi
7. Melakukan sesuatu selama kunjungan
8. Meminta bantuan jika perubahan
9. Mendapatkan dukungan teman dan keluarga
10. Mengetahui apa saja tindakan yang sudah dilakukan pada keluarga

Hal yang jarang ditemukan namun terkadang dibutuhkan oleh keluarga yang mengalami pembedahan :

1. Penjelasan dalam terminologi awam
2. Membutuhkan akses mendapatkan kualitas makanan dalam rumah sakit
3. Jaminan kondisi ketika meninggalkan ruangan untuk sementara waktu
4. Mengenali lingkungan ruang pembedahan ketika masuk pertama kali
5. Berbicara dengan beberapa perawat yang bertugas setiap hari
6. Perasaan mendapatkan dukungan
7. Berbagi perasaan khususnya mereka yang bersalah, marah atau ketakutan
8. Perasaan diterima oleh staf pelayanan
9. Mendiskusikan kemungkinan kondisi terburuk yang dihadapi oleh keluarga yang mengalami pembedahan

9.2.3 Dukungan dan Pendampingan keluarga pada klien pre operatif

Peran keluarga ketika klien menjalani persiapan menjalani operasi sangat penting. Kehadiran dan support keluarga dapat menurunkan tingkat kecemasan klien yang akan menjalani operasi. Kecemasan muncul akibat bayangan klien mengenai operasi yang dijalankan, rasa khawatir akan dampak negatif atau bahaya yang didapatkan selama pembedahan, takut jika terjadi sesuai yang tidak diinginkan selama proses pembedahan. Kondisi tersebut dipersepsikan oleh klien yang sebenarnya berbeda dengan kondisi yang terjadi selama proses pembedahan. Dalam kondisi tersebut, dukungan dan kehadiran keluarga sangat dibutuhkan oleh klien.

Fatmawati et al., (2022) mengungkapkan adanya dukungan yang baik/ cukup dari keluarga dapat menurunkan tingkat kecemasan klien yang akan menjalani operasi (pre op). Hal ini bisa terjadi karena dukungan keluarga merupakan menjadi hal terpenting untuk menurunkan tingkat kecemasan klien. Keluarga dapat memberikan dukungan informasi, keluarga dapat menjelaskan secara personal mengenai hal yang sebenarnya terjadi ketika klien menjalani operasi sehingga klien tidak perlu memikirkan hal yang sebenarnya tidak ada. Keluarga dapat menasehati, menyarankan, mengungkapkan masalah serta dapat menilai kondisi yang sebenarnya. Keluarga dapat memberikan dukungan instrumental yang berarti bahwa keluarga menyediakan kebutuhan finansial, makanan, minuman dan istirahat. Keluarga juga dapat memberikan dukungan emosional yang berarti bahwa keluarga memberikan rasa aman, nyaman untuk klien beristirahat, memberikan semangat dan keluarga dapat membantu klien mengendalikan kecemasan yang dialami.

Dukungan keluarga yang baik berdampak pada tingkat kecemasan klien yang rendah ketika dalam proses pre operasi. Dukungan keluarga menjadikan coping klien menjadi stabil. Gambaran pembedahan yang menjadi stressor oleh dapat

dikendalikan dengan adanya keluarga. Dukungan keluarga dapat menjadi efek menyangga sehingga efek negative stressor tersebut terhalangi dengan mekanisme koping yang dijalankan keluarga. Keluarga menjadi menyaring dan klien dapat memperluas pandangannya sehingga koping yang digunakan klien menjadi efektif (Kurniawan et al., 2018)

Selain dukungan keluarga, pendampingan keluarga selama klien mempersiapkan pembedahan yang akan dijalankan. Klien yang didampingi keluarganya dapat membantu kelancaran pelaksanaan pembedahan. Karena kehadiran keluarga dekat memberikan dampak positif pada psikologis klien. Sementara klien yang tidak didampingi keluarga ketika akan menjalani pembedahan berdampak pada proses persiapan pembedahan yang sedikit terhambat karena kesiapan klien untuk menjalani pembedahan terbilang kurang (Situmorang, 2018).

Dukungan dan kehadiran keluarga untuk klien yang akan menjalani operasi memberikan efek positif, klien lebih siap menjalani operasi, kecemasan klien terkontrol dan keperluan klien ketika menjalani operasi berjalan dengan baik. Keluarga dapat membantu perawat dalam mempersiapkan klien. Keluarga mendapatkan jaminan keselamatan klien ketika menjalani pembedahan, hal ini sesuai prinsip keselamatan pasien selama proses pembedahan.

9.2.4 Dukungan keluarga dalam perawatan pasca operatif

Keluarga menjadi bagian penting dari proses pemulihan pasca pembedahan. Beberapa keluhan yang dirasakan klien pasca pembedahan seperti kelemahan akibat efek anastesi, nyeri akut di bagian tubuh yang dibedah. Keluarga membantu perawat untuk memberikan informasi mengenai kondisi pasien dan melaporkan jika klien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran atau tiba-tiba mengalami peningkatan suhu tubuh terutama 24 jam pertama setelah klien kembali ke ruang perawatan pasca pembedahan.

Peran keluarga dalam proses pemulihan dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Membantu klien untuk mengontrol nyeri dengan mengalihkan perhatian klien, membantu perawat melakukan perubahan posisi, menggosok punggung klien. Keluarga perlu melaporkan kepada perawat atau dokter yang memeriksa jika nyeri yang dirasakan belum terkontrol dalam rentang waktu 48 jam sejak klien berada di ruangan perawatan pasca pembedahan.
2. Membantu mengontrol suhu tubuh klien. Pasca pembedahan, klien sering kali mengalami hipertermia hingga hipotermia. Menggigil yang dirasakan klien tidak selalu menjadi indikator hipotermia namun kondisi tersebut dikaitkan dengan jenis anastesi yang didapatkan klien. Keluarga perlu mewaspadaai dan melaporkan jika kondisi klien tiba-tiba mengalami peningkatan suhu tubuh.
3. Memantau kerja dari eliminasi usus. Pasca pembedahan, klien biasanya mengalami kelemahan fungsi usus sehingga klien tidak diperbolehkan minum karena dapat memicu mual dan muntah serta timbulnya aspirasi karena usus yang belum siap bekerja mencerna makanan dan minuman yang masuk. Keluarga dapat memberikan minuman dan makanan secara bertahap ketika klien mengatakan sudah buang angin.
4. Melakukan ambulasi secara bertahap pada klien. Keluarga membantu klien untuk perubahan posisi tubuh. Dari melakukan miring ke kiri dan miring ke kanan yang dilakukan setiap 2 jam terutama setelah 24 jam pertama pasca pembedahan. Keluarga dapat membantu klien dalam posisi setengah duduk kemudian melakukan aktifitas ringan secara mandiri di atas tempat tidur seperti makan dan minum. Keluarga perlu melakukan gerakan latihan rentang gerak (ROM) pasif terutama pada daerah kaki

dengan pendampingan oleh perawat kemudian klien dapat berdiri di samping tempat tidur serta keluarga dapat membantu berjalan. Tindakan mobilisasi ini dilakukan secara bertahap dan keluarga melaporkannya kepada perawat.

5. Menyiapkan persiapan klien pulang. Jika klien sudah mengalami kondisi stabil dan diperbolehkan pulang oleh dokter, maka keluarga perlu menyiapkan keperluan klien pulang ke rumah. Memastikan klien telah menyelesaikan administrasi dan mendapatkan penjelasan mengenai obat yang dilanjutkan di rumah. Keluarga menyiapkan kebutuhan transportasi dari rumah sakit hingga ke rumah serta memastikan kondisi klien dalam kondisi stabil ketika sudah berada di rumah
6. Keluarga tetap menjalankan pendampingan selama di rumah. Keluarga memastikan bahwa klien tetap menjaga kebersihan balutan luka pembedahan, mengkonsumsi obat sesuai instruksi dan memberikan nutrisi yang seimbang. Keluarga tetap memantau perkembangan penyembuhan luka klien dengan memperhatikan tanda-tanda infeksi seperti luka yang lambat sembuh, klien tiba-tiba mengalami peningkatan suhu tubuh, adanya kemerahan dan pembengkakan di sekitar luka dan bagian tubuh yang dilakukan pembedahan tidak berfungsi dengan baik sebagaimana sebelum pembedahan.
7. Mendampingi klien melakukan pengecekan kesehatan. Pengecekan kesehatan dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah diberikan oleh dokter. Keluarga perlu memastikan klien tetap melakukan pengecekan kesehatan untuk memastikan kondisi penyembuhan luka klien, pengangkatan jahitan pada luka operasi sehingga klien benar-benar pulih seperti sebelum pembedahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Fatmawati, F., Astutik, S., & Rahman, H. F. 2022. Pengaruh Dukungan Keluarga dan Peran Perawat terhadap Tingkat Kecemasan pada Pre Operasi Katarak. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(2), 615–626. <https://doi.org/10.37287/jppp.v4i2.875>
- HIBKABI. 2020. *Anggaran dasar dan Anggaran Rumah Tangga Himpunan Kamar Bedah Indonesia*. <https://hipkabipusat.org/>
- Kaakinen, J. R., Duft, V. G., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. 2010. *Family Health Care Nursing* (4th ed.). F.A Davis Company.
- Kurniawan, A. I., Sasmiyanto, & Suryaningsih, Y. 2018. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operatif Elektif di RSD Balung Jember. In *Universitas Muhammadiyah Jember* (Vol. 3, Issue 1). <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Nies, M. A., & McEwen, M. 2019. *Keperawatan kesehatan Komunitas dan keluarga* (Edisi Indo). Elsevier.
- Potter, P. A., & Peery, A. G. 2010. *Fundamental Keperawatan* (D. N. Fitriani, O. Tampubolon, & F. Diba (eds.); 7th ed.). Salemba Medika.
- Situmorang, H. 2018. Pengaruh Pendampingan Keluarga Selama Operasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Sectio Caesarea di Helfrida Situmorang *Jurnal Maternal dan Neonatal*. *Jurnal Maternal Dan Neonatal*, 3(2), 1–6.

BAB 10

PERAWATAN TERMINAL DAN PERAWATAN PALIATIF KELUARGA

Oleh Yohana Wiratikusuma

10.1 Pendahuluan

Pada perawatan paliatif upaya yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan, khususnya perawat, yakni berfokus pada cara untuk meringankan penderitaan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien dan keluarganya saat menghadapi penyakit yang mengancam jiwa pasien (WHO, 2018). Perawatan Klien terminal dan perawatan paliatif keluarga merupakan pendekatan perawatan yang sangat sensitif dan holistik dalam merespons kebutuhan individu yang menghadapi penyakit atau kondisi medis yang tidak dapat disembuhkan. Perawatan paliatif juga merupakan fase akhir kehidupan dimana berada pada saat-saat yang penuh tantangan, tetapi juga saat yang memungkinkan perawat untuk memberikan dukungan maksimal kepada klien dan keluarganya.

Perawatan terminal dan paliatif keluarga berlandaskan beberapa teori, seperti "Teori Perawatan Keperawatan" yang menekankan pada pemahaman mendalam tentang pengalaman pasien dan keluarganya. Teori "Manajemen Gejala" dapat digunakan untuk memahami dan mengelola gejala yang dialami pasien dengan lebih efektif.

Perawatan medis dan dukungan yang diberikan kepada pasien dengan kondisi yang tidak dapat disembuhkan dan berada dalam fase akhir penyakit mereka serta berfokus pada kenyamanan dan kualitas hidup pasien. Tipe Perawatan Terminal dan Perawatan Paliatif Keluarga dimana Perawatan klien dengan

penyakit terminal dan perawatan paliatif keluarga dapat diberikan di berbagai setting, termasuk rumah sakit, perawatan jangka pendek, perawatan jangka panjang, atau di rumah pasien (perawatan hospis).

10.2 Konsep Perawatan Terminal dan Perawatan Paliatif Keluarga

WHO (2018) mendefinisikan perawatan paliatif sebagai pencegahan dan meringankan penderitaan pasien dewasa dan anak dan keluarga mereka yang menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa. Dibawah ini merupakan konsep dalam perawatan terminal dan perawatan keluarga;

1. Memerlukan identifikasi dini dan penilaian serta penanganan yang sempurna terhadap masalah-masalah ini;
2. Meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan martabat dan kenyamanan, dan juga dapat secara positif mempengaruhi perjalanan perjalanan penyakit;
3. Memberikan pendampingan bagi pasien dan keluarga selama perjalanan penyakit;
4. Harus dapat diintegrasikan dengan dan melengkapi pencegahan, diagnosis dini dan pengobatan masalah kesehatan yang serius atau yang membatasi hidup;
5. Dapat diterapkan pada awal perjalanan penyakit dalam hubungannya dengan terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup;
6. Memberikan alternatif untuk pengobatan yang memodifikasi penyakit dan membantu pengambilan keputusan tentang penggunaan optimal dari perawatan yang menopang kehidupan.
7. Dapat diterapkan pada mereka yang hidup dengan gejala sisa fisik, psikologis, sosial atau spiritual jangka panjang dari penyakit serius atau yang mengancam jiwa atau pengobatannya;

8. Menemani dan mendukung anggota keluarga yang berduka setelah kematian pasien, jika diperlukan;
9. Selalu berupaya mengurangi dampak patogen dari kemiskinan terhadap pasien dan keluarga serta melindungi mereka
10. Berusaha mengurangi dampak kemiskinan terhadap pasien dan keluarga serta melindungi mereka dari kesulitan keuangan akibat penyakit atau kecacatan;
11. Tidak dengan sengaja mempercepat kematian, tetapi memberikan perawatan apa pun yang diperlukan untuk mencapai tingkat
12. Tingkat kenyamanan yang memadai bagi pasien dalam konteks nilai-nilai pasien.
13. Harus diterapkan oleh petugas kesehatan di semua tingkat sistem perawatan kesehatan, termasuk perawatan primer
14. Penyedia layanan primer, dokter umum dan spesialis dalam berbagai disiplin ilmu dan dengan berbagai tingkat perawatan paliatif
15. Pelatihan dan keterampilan, dari tingkat dasar, menengah, hingga spesialis;
16. Mendorong keterlibatan aktif dari komunitas dan anggota masyarakat;
17. Harus dapat diakses di semua tingkat sistem perawatan kesehatan dan di rumah pasien; dan
18. Meningkatkan kesinambungan perawatan dan dengan demikian memperkuat sistem kesehatan

10.3 Tujuan utama perawatan terminal

Dengan pemahaman yang mendalam tentang tujuan perawatan ini, diharapkan perawat dapat membantu meringankan penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup klien dan keluarganya selama perjalanan ini.

Adapun beberapa tujuan utama perawatan klien dengan penyakit terminal ialah;

1. Meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengurangi gejala yang tidak nyaman.
2. Menyediakan dukungan emosional dan spiritual.
3. Memberikan dukungan kepada keluarga pasien dalam menghadapi stres dan kesulitan yang terkait dengan perawatan penyakit terminal,
4. Membantu Klien serta keluarga untuk dapat beradaptasi dengan situasi yang sedang terjadi saat ini.
5. Perawatan pasien terminal dan perawatan paliatif keluarga bukan hanya tentang mengatasi gejala fisik, tetapi juga tentang mendengarkan, menghormati keinginan, dan mendukung keberanian pasien dan keluarganya dalam menghadapi masa-masa sulit ini.

10.4 Konsep Teori keperawatan yang relevan dalam perawatan terminal dan perawatan paliatif

Memahami teori dan konsep ini dapat membantu perawat dalam memberikan perawatan yang lebih baik dan lebih berorientasi pada pasien dalam perawatan terminal dan perawatan paliatif keluarga. Perawat yang terlatih dalam teori dan konsep ini memiliki kemampuan yang lebih baik untuk merespons kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual pasien dan keluarganya dalam fase akhir kehidupan. Beberapa teori dan konsep yang relevan;

1. Teori Perawatan Keperawatan (*Nursing Care Theory*): Teori ini menekankan pentingnya pemahaman mendalam tentang pengalaman pasien dan keluarganya dalam perawatan. Teori ini menyoroti peran perawat dalam menciptakan hubungan empatik dengan pasien dan keluarganya serta memberikan perawatan yang berpusat pada individu dan keluarga.
2. Konsep Kualitas Hidup (*Quality of Life*): Fokus utama perawatan terminal dan paliatif keluarga adalah meningkatkan

kualitas hidup pasien. Konsep ini mencakup pengurangan gejala yang tidak nyaman, merasa nyaman secara fisik, emosional, dan spiritual, serta memiliki dukungan yang cukup untuk menjalani fase akhir kehidupan dengan martabat.

3. Konsep Manajemen Gejala (*Symptom Management*): Perawatan paliatif sering kali melibatkan manajemen gejala yang kompleks, seperti nyeri, mual, sesak napas, dan kelemahan. Perawat perlu memahami teori dan teknik manajemen gejala untuk memberikan perawatan yang efektif dan nyaman.
4. Model Perawatan Holistik (*Holistic Care Model*): Konsep ini menekankan bahwa perawatan harus holistik, yaitu melibatkan perawatan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Perawat harus mempertimbangkan seluruh aspek kehidupan pasien dan keluarganya dalam perawatan.
5. Model *Empowerment* Keluarga (*Family Empowerment Model*): Mengakui pentingnya peran keluarga dalam perawatan pasien. Keluarga adalah sumber dukungan yang penting, dan perawat perlu memberdayakan mereka dengan informasi, pelatihan, dan dukungan emosional.
6. Teori Dukungan Sosial (*Social Support Theory*): Dukungan sosial merupakan elemen penting dalam perawatan paliatif keluarga. Konsep ini menggambarkan bahwa pasien dan keluarganya membutuhkan dukungan dari lingkungan sosial mereka untuk mengatasi stres dan kesulitan yang terkait dengan penyakit terminal.
7. Teori Kecemasan dan Coping (*Anxiety and Coping Theory*): Perawatan paliatif sering kali melibatkan kecemasan yang signifikan. Teori ini membantu perawat memahami bagaimana pasien dan keluarganya mengatasi kecemasan dan stres dalam situasi yang sulit.

8. Teori Komunikasi Terapeutik (*Therapeutic Communication Theory*): Komunikasi yang efektif dan empatik adalah keterampilan kunci dalam perawatan paliatif. Teori ini membantu perawat dalam berkomunikasi dengan pasien dan keluarganya secara lebih efektif dan mendukung.

10.5 Aspek yang perlu dipertimbangkan dalam perawatan pasien terminal dan perawatan paliatif keluarga.

Perawatan terminal dan perawatan paliatif keluarga memerlukan pemahaman yang mendalam tentang kebutuhan klien dan keluarganya, serta kemampuan untuk memberikan perawatan yang sensitif dan empatik. Perawat memainkan peran penting dalam memastikan bahwa pasien merasa nyaman, didengar, dan didukung selama fase akhir kehidupan mereka, sambil membantu keluarga menghadapi tantangan emosional yang muncul dalam proses tersebut. Dibawah ini merupakan aspek yang perlu dipertimbangkan antara lain;

1. Evaluasi dan Rencana Perawatan
Tim perawatan medis harus melakukan evaluasi komprehensif terhadap pasien untuk memahami kondisinya dan kebutuhan perawatan.
2. Membuat rencana perawatan yang mencakup manajemen gejala, perawatan medis, perawatan keperawatan, dan dukungan psikososial. Manajemen Gejala:
 - a. Fokus pada pengurangan gejala yang tidak nyaman seperti nyeri, mual, muntah, sesak napas, dan lainnya.
 - b. Menggunakan obat-obatan, terapi fisik, terapi bicara, terapi okupasi, dan terapi lainnya sesuai dengan kebutuhan pasien.

3. Dukungan Psikososial:
 - a. Sediakan konseling dan dukungan emosional kepada pasien dan keluarganya untuk membantu mereka menghadapi stres, kecemasan, dan depresi.
 - b. Pertimbangkan juga dukungan spiritual sesuai dengan keinginan pasien.
4. Komunikasi Terbuka:
 - a. Fasilitasi komunikasi yang terbuka dan jujur antara pasien, keluarga, dan tim perawatan medis.
 - b. Diskusikan preferensi perawatan pasien, termasuk keputusan mengenai perawatan hidup akhir.
5. Pendidikan Keluarga:
 - a. Berikan informasi kepada keluarga tentang kondisi pasien, perawatan yang diberikan, dan apa yang dapat mereka harapkan dalam proses ini.
 - b. Ajarkan keluarga cara merawat pasien di rumah jika itu adalah pilihan yang diambil.
6. Perawatan Kesejahteraan Psikologis:
 - a. Pastikan keluarga memiliki dukungan emosional dan psikologis yang cukup untuk menghadapi situasi ini.
 - b. Rencanakan istirahat atau cuti bagi anggota keluarga yang merawat pasien secara intensif.
7. Evaluasi Berkala:
 - a. Perawatan pasien terminal dan paliatif perlu dievaluasi secara berkala untuk memastikan rencana perawatan masih sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - b. Perubahan dalam kondisi pasien dan preferensi mereka harus diperhitungkan.
8. Pendekatan Holistik:
 - a. Pertimbangkan kebutuhan spiritual, budaya, dan sosial pasien dalam perawatan mereka.
 - b. Kolaborasi dengan pekerja sosial, pekerja rohani, dan dukungan komunitas jika diperlukan.

10.6 Proses Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan secara berkelanjutan selama perawatan untuk memastikan bahwa perawatan sesuai dengan perubahan kebutuhan pasien dan keluarganya. Pengkajian dalam perawatan terminal dan perawatan paliatif keluarga mencakup:

1. Pengkajian Fisik: Melibatkan pemantauan gejala fisik seperti nyeri, sesak napas, atau kelemahan.
2. Pengkajian Psikososial: Mengidentifikasi kebutuhan emosional dan psikologis pasien dan keluarganya.
3. Pengkajian Spiritual: Menilai kebutuhan spiritual pasien dan membantu mereka mengekspresikan keyakinan dan nilai-nilai mereka.
4. Pengkajian Kualitas Hidup: Menilai kualitas hidup pasien dan sejauh mana gejala atau perawatan medis mempengaruhi kualitas tersebut.
5. Pengkajian Keluarga: Mengidentifikasi dukungan yang diberikan oleh keluarga pasien, serta kebutuhan dan harapan mereka.

Penting untuk diingat bahwa perawatan terminal dan perawatan paliatif keluarga adalah pendekatan yang sangat individualistik, dan rencana perawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi pasien serta keluarganya. Perawatan ini didasarkan pada prinsip menghormati keinginan dan nilai-nilai pasien, serta memberikan dukungan yang dibutuhkan dalam menghadapi perubahan besar dalam kehidupan mereka.

Namun, kurangnya akses terhadap perawatan paliatif merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Perawatan paliatif yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat dan budaya setempat harus diintegrasikan secara menyeluruh ke dalam sistem perawatan kesehatan masyarakat. WHO (2018) merekomendasikan strategi kesehatan masyarakat untuk

mengintegrasikan asuhan paliatif ke dalam sistem perawatan kesehatan dengan cara yang hemat biaya untuk menjangkau semua orang yang membutuhkan. Strategi ini mencakup:

1. Menganalisis kebutuhan dan pelayanan asuhan paliatif;
2. Meninjau kebijakan yang ada tentang perawatan paliatif dan penghilang rasa sakit dan merevisinya sesuai kebutuhan atau membuat kebijakan baru
3. Memastikan akses yang aman terhadap obat-obatan paliatif yang esensial, termasuk morfin yang bekerja cepat secara oral;
4. Memulai pelatihan yang diperlukan dalam perawatan paliatif untuk dokter yang merawat orang dengan kebutuhan perawatan paliatif;
5. Mengimplementasikan layanan asuhan paliatif yang terintegrasi ke dalam semua sistem perawatan kesehatan di semua tingkatan; dan
6. Mengukur hasil akhir pasien seperti kualitas hidup untuk memastikan kualitas perawatan paliatif yang tinggi

DAFTAR PUSTAKA

- Ahsani, A. 2020. Peran Perawat Dalam Pemberian Palliative Care Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Terminal.
- Siagian, E., & Perangin-angin, M. 2020. Pengetahuan dan sikap perawat tentang perawatan paliatif di rumah sakit. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 10(03), 52-58.
- Panggabean, D. M. 2022. Peran dan Fungsi Keluarga Dalam Perawatan Paliatif.
- Gwyther L, Krakauer EL. WPCA Policy statement on defining palliative care. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2011
- World Health Organization. 2018. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

BAB 11

KELUARGA DENGAN ANGGOTA LANJUT USIA

Oleh Lukman Nulhakim

11.1 Pendahuluan

Keluarga dengan anggota lanjut usia (lansia) memiliki tantangan dan kebutuhan tersendiri. Lansia adalah kelompok yang rentan terhadap berbagai masalah kesehatan, sosial, dan psikologis. Oleh karena itu, keluarga harus memberikan perhatian dan dukungan yang cukup kepada lansia agar mereka tetap sehat, bahagia, dan produktif. Beberapa hal yang dapat dilakukan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup lansia meliputi pemberian asupan gizi yang seimbang dan sesuai dengan kondisi kesehatan lansia. Keluarga dapat berkonsultasi dengan dokter atau ahli gizi untuk mengetahui jenis dan jumlah makanan yang tepat bagi lansia. Beberapa sumber gizi yang baik bagi lansia adalah buah-buahan, sayuran, ikan, telur, susu, dan kacang-kacangan.

Keluarga harus memastikan bahwa rumah lansia bersih, rapi, aman, dan memiliki fasilitas yang memadai. Keluarga juga harus menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan kecelakaan atau cedera bagi lansia, seperti barang-barang tajam, licin, atau berat. Beberapa kondisi di rumah agar lansia lebih nyaman adalah menggunakan lampu yang terang, memasang pegangan di kamar mandi, dan menggunakan furnitur yang ergonomis. Selain itu mengajak lansia berkomunikasi dan berinteraksi secara rutin dengan keluarga, teman, atau komunitas lebih meningkatkan penghargaan terhadap lansia. Keluarga harus menghargai pendapat dan pengalaman lansia, serta mendengarkan keluhan

atau masalah yang mereka hadapi. Keluarga juga dapat mengajak lansia melakukan aktivitas bersama, seperti berolahraga, bermain, atau berwisata.

Keluarga dapat mendorong lansia untuk belajar hal-hal baru, seperti membaca, menulis, menggambar, atau bermain musik. Keluarga juga dapat memberikan apresiasi dan pujian kepada lansia atas prestasi atau kontribusi yang mereka berikan. Keluarga harus menghindari sikap negatif atau kritik yang dapat menurunkan kepercayaan diri atau semangat lansia. Keluarga harus mengakui bahwa lansia masih memiliki peran dan tanggung jawab dalam keluarga, meskipun mungkin tidak sebesar dulu. Keluarga juga harus menghargai keputusan dan pilihan lansia, serta memberikan ruang dan privasi yang cukup bagi mereka. Melibatkan lansia dalam pengambilan keputusan keluarga, memberikan bantuan finansial jika perlu, dan mengizinkan lansia untuk menjalani hobi atau minat mereka.

11.2 Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga dengan Anggota Lansia

Salah satu tahapan perkembangan keluarga adalah tahap keluarga dengan anggota lansia. Lansia merupakan suatu tahapan kehidupan yang akan dilalui oleh setiap orang, walaupun bertambahnya usia disertai dengan menurunnya fungsi organ-organ dalam tubuhnya, namun lansia tetap dapat hidup dengan baik dan sehat. Mengubah kebiasaan adalah salah satu hal terpenting saat memulai sebuah keluarga (Niken Dewi Anggraini, 2021). Tahapan dan tugas perkembangan keluarga dengan anggota lansia adalah sebagai berikut:

11.2.1 Tahap Persiapan

Keluarga mulai mempersiapkan diri untuk menghadapi perubahan yang akan terjadi akibat proses penuaan anggota keluarga.

Tugas perkembangan keluarga di tahap ini adalah:

1. Menyesuaikan harapan dan peran
2. Mengatur keuangan dan asuransi, serta
3. Menjaga kesehatan fisik dan mental anggota keluarga (Santrock, 2019).

11.2.2 Tahap Transisi

Keluarga mengalami perubahan dalam struktur, fungsi, dan hubungan akibat masuknya anggota keluarga ke dalam kategori lansia.

Tugas perkembangan keluarga di tahap ini adalah:

1. Menerima perubahan dalam struktur, fungsi dan hubungan.
2. Memberikan dukungan dan bantuan yang sesuai
3. Menjaga keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan anggota keluarga (Hurlock, 2004).

11.2.3 Tahap Stabilisasi

Keluarga mencapai kondisi yang stabil dan harmonis dalam menghadapi tantangan dan kesempatan yang ditimbulkan oleh keberadaan anggota keluarga lansia.

Tugas perkembangan keluarga di tahap ini adalah:

1. Mempertahankan hubungan yang positif dan saling menghargai.
2. Memenuhi kebutuhan fisik, sosial, dan spiritual anggota keluarga.
3. Merencanakan masa depan yang realistis dan bermakna. (Papalia, Feldman and Olds, 2011).

11.3 Tugas Kesehatan Keluarga dalam Penatalaksanaan Masalah Kesehatan pada Anggota Keluarga dengan Lansia

Menurut Salvicion G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1998) dalam (Wahyuni, 2019) menjelaskan lima tugas kesehatan keluarga, antara lain yaitu:

1) Mengenal masalah kesehatan, 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, 4) Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, dan 5) Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

11.3.1 Mengenal masalah kesehatan

Tugas kesehatan keluarga yang pertama adalah mengenal masalah kesehatan. Harapannya keluarga dapat mengenal masalah yang ada di keluarga, khususnya pada anggota keluarga dengan lansia. Di beberapa kondisi keluarga ada terdapat ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan pada anggota keluarganya, hal ini biasanya terkait dengan :

1. Bagaimana keluarga mengerti dan memahami pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari masalah yang dialami.
2. Mengidentifikasi tingkat keseriusan masalah pada keluarga.
3. Persepsi keluarga terhadap masalah.

Keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan lansia harus dapat memahami kondisi dan perubahan seorang lansia. Lansia adalah kelompok usia yang rentan mengalami berbagai masalah kesehatan, baik fisik maupun mental. Beberapa masalah kesehatan yang sering dialami lansia antara lain adalah penyakit jantung, diabetes, hipertensi, osteoporosis, demensia, depresi, dan gangguan penglihatan. Masalah kesehatan ini dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia dan menyebabkan keterbatasan dalam beraktivitas. Untuk mencegah atau mengatasi masalah kesehatan pada lansia, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, seperti :

1. Menjaga pola makan sehat dan seimbang.
Konsumsi makanan yang mengandung banyak serat, vitamin, mineral, dan antioksidan, serta hindari makanan yang berlemak, berkalori tinggi, atau mengandung gula dan garam berlebih. Kurang gizi merupakan masalah yang sering terjadi pada lansia akibat tidak tercukupinya asupan energi dan protein (Boy, 2019).
2. Melakukan aktivitas fisik secara teratur.
Pilihlah jenis olahraga yang sesuai dengan kondisi fisik dan minat lansia, seperti jalan kaki, senam, bersepeda, atau berenang. Aktivitas fisik dapat membantu menjaga berat badan ideal, meningkatkan fungsi jantung dan paru-paru, menguatkan otot dan tulang, serta meningkatkan mood dan kesehatan mental. Kekuatan genggaman tangan pada lansia merupakan indikasi kesehatan fisik dan mobilitas yang dipengaruhi oleh jenis kelamin, status pekerjaan, dan sindrom metabolik (Sumandar, Fadhli and Mayasari, 2021).
3. Menjaga kesehatan mental dan emosional.
Berinteraksi dengan keluarga, teman, atau komunitas dapat membantu lansia merasa lebih bahagia, dihargai, dan bermanfaat. Selain itu, lakukanlah hobi atau kegiatan yang menyenangkan dan menantang otak, seperti membaca, menulis, bermain musik, atau belajar hal baru. Kualitas tidur pasien lansia dengan penyakit kronis dapat terganggu dan dapat menimbulkan efek buruk terhadap status kesehatan. Faktor yang mempengaruhi kualitas tidur lansia adalah jenis kelamin (Harisa *et al.*, 2022).
4. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.
Seringkali masalah kesehatan pada lansia tidak menimbulkan gejala yang nyata atau dianggap sebagai hal biasa. Oleh karena itu, penting bagi lansia untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin agar dapat mendeteksi adanya penyakit sejak dini dan mendapatkan penanganan yang tepat.

11.3.2 Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas kesehatan keluarga yang kedua adalah pengambilan keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan yang dialami keluarga. Dalam pengambilan keputusan banyak faktor-faktor yang mempengaruhi. Berikut ini beberapa kondisi yang mungkin dapat menyebabkan ketepatan atau mungkin ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yaitu :

1. Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah.
2. Masalah dirasakan keluarga?
3. Keluarga menyerah terhadap masalah yg dialami ?
4. Takut akan akibat ?
5. Sikap negatif terhadap masalah kesehatan ?
6. Fasilitas kesehatan terjangkau ?
7. Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan?
8. Informasi yang salah ?

Pengambilan keputusan keluarga yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan lanjut usia adalah hal yang penting dan tidak mudah. Setiap keluarga memiliki situasi dan kondisi yang berbeda-beda, sehingga tidak ada satu solusi yang cocok untuk semua. Menurut studi yang dilakukan oleh (Suhartini, T., Nursalam, N., Efendi, F., & Bushy, 2019), beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan keluarga adalah:

1. Kebutuhan dan keinginan orang tua lanjut usia, apakah mereka ingin tinggal di rumah sendiri, bersama anak atau kerabat, atau di panti jompo.
2. Ketersediaan dan kemampuan anggota keluarga untuk merawat dan mendampingi orang tua lanjut usia, termasuk waktu, tenaga, biaya, dan keterampilan.
3. Kondisi kesehatan fisik dan mental orang tua lanjut usia, apakah mereka membutuhkan perawatan medis khusus, obat-obatan rutin, atau bantuan alat bantu.

4. Sumber daya dan dukungan yang tersedia di lingkungan sekitar, seperti fasilitas kesehatan, layanan sosial, komunitas, atau organisasi keagamaan.

Pengambilan keputusan keluarga yang tepat harus didasarkan pada komunikasi yang baik dan saling menghormati antara semua pihak yang terlibat. Keluarga harus berdiskusi secara terbuka dan jujur tentang harapan, kekhawatiran, dan rencana masa depan. Keluarga juga harus bersikap fleksibel dan siap menyesuaikan diri dengan perubahan yang mungkin terjadi. Pengambilan keputusan keluarga yang tepat dapat meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan orang tua lanjut usia dan keluarga mereka (Suhartini, et al. 2019).

11.3.3 Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Tugas kesehatan keluarga yang ketiga adalah merawat anggota keluarga. Dalam pembahasan ini lebih berfokus pada masalah kesehatan pada lansia. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit biasanya dihubungkan dengan :

1. Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit?
2. Cara-cara perawatan yang sudah dilakukan keluarga
3. Cara- cara pencegahan
4. Sikap keluarga terhadap anggota yg sakit.

Merawat anggota keluarga lansia yang sakit adalah salah satu tugas kesehatan keluarga yang penting dan menantang. Lansia yang sakit membutuhkan perhatian, pengertian, dan dukungan dari keluarga untuk menjaga kesehatan fisik dan mental mereka. Beberapa langkah yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk merawat anggota keluarga lansia yang sakit yaitu :

1. Mengetahui kondisi kesehatan lansia secara menyeluruh, termasuk riwayat penyakit, obat-obatan yang dikonsumsi,

dan rencana pengobatan yang disarankan oleh dokter. Keluarga harus berkomunikasi dengan dokter secara teratur dan mencatat informasi penting yang berkaitan dengan kesehatan lansia. Menurut studi yang dilakukan oleh Sari, D. P., Pratiwi, N. D., & Wulandari, (2019), komunikasi yang baik antara keluarga dan petugas kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan lansia terhadap pengobatan dan mencegah komplikasi penyakit.

2. Menyediakan lingkungan yang nyaman, aman, dan bersih untuk lansia. Keluarga harus memastikan bahwa lansia memiliki tempat tidur yang nyaman, ventilasi yang baik, penerangan yang cukup, dan akses mudah ke kamar mandi dan dapur. Keluarga juga harus menjaga kebersihan diri dan lingkungan lansia, serta menghindari paparan benda-benda tajam, api, atau bahan kimia berbahaya. Studi yang dilakukan oleh Lee, et al. (2018) menunjukkan bahwa lingkungan rumah yang nyaman dan aman dapat meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan psikologis lansia.
3. Membantu lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, makan, minum, dan buang air. Keluarga harus menghormati privasi dan kemandirian lansia, tetapi juga memberikan bantuan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan lansia. Keluarga harus mengawasi lansia agar tidak jatuh atau terluka saat melakukan aktivitas sehari-hari. Studi yang dilakukan oleh Kim, et al. (2017) menunjukkan bahwa bantuan keluarga dalam aktivitas sehari-hari dapat meningkatkan fungsi fisik dan kemandirian lansia.
4. Memberikan asupan gizi yang seimbang dan teratur untuk lansia. Keluarga harus menyiapkan makanan yang sesuai dengan selera, kebiasaan, dan kondisi kesehatan lansia. Keluarga harus menghindari makanan yang terlalu pedas,

asin, manis, atau berlemak, serta makanan yang dapat menyebabkan alergi atau gangguan pencernaan. Keluarga juga harus memastikan bahwa lansia minum air putih yang cukup dan mengonsumsi vitamin atau suplemen yang diresepkan oleh dokter. Studi yang dilakukan oleh Chen et al. (2016) menunjukkan bahwa asupan gizi yang seimbang dapat meningkatkan sistem imun dan mencegah penyakit kronis pada lansia.

5. Memberikan stimulasi fisik dan mental untuk lansia. Keluarga harus mengajak lansia berolahraga secara teratur sesuai dengan kemampuan. Olahraga dapat membantu menjaga kekuatan otot, fleksibilitas sendi, keseimbangan tubuh, dan sirkulasi darah lansia (Nulhakim, 2021). Keluarga juga harus mengajak lansia bermain permainan, membaca buku, mendengarkan musik, atau melakukan hobi yang disukai oleh lansia. Aktivitas ini dapat membantu menjaga fungsi kognitif, memori, konsentrasi, dan mood lansia. Studi yang dilakukan oleh Park et al. (2015) menunjukkan bahwa stimulasi fisik dan mental dapat meningkatkan kesehatan otak dan mencegah demensia pada lansia.
6. Memberikan kasih sayang dan perhatian untuk lansia. Keluarga harus sering mengunjungi, menelpon, atau mengirim pesan kepada lansia untuk menanyakan kabar mereka dan menunjukkan kepedulian mereka (Marta, Parellangi and Nulhakim, 2023). Keluarga juga harus mendengarkan keluhan, cerita, atau harapan lansia dengan sabar dan empati. Keluarga harus memberikan pujian, dorongan, atau penghargaan kepada lansia atas usaha atau prestasi mereka. Keluarga juga harus melibatkan lansia dalam keputusan-keputusan keluarga yang berkaitan dengan mereka. Studi yang dilakukan oleh Wang et al. (2014) menunjukkan bahwa kasih sayang dan perhatian

keluarga dapat meningkatkan kesehatan mental dan kepuasan hidup lansia.

11.3.4 Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat

Tugas kesehatan keluarga yang keempat adalah memodifikasi lingkungan. Modifikasi lingkungan dan konteks ini adalah lingkungan fisik dan lingkungan psikologis. Beberapa cara untuk memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat untuk lansia adalah (Astutik, Indarwati and M.Has, 2019):

1. Menyesuaikan pencahayaan, suhu, dan kebisingan agar sesuai dengan kebutuhan dan kenyamanan lansia. Hal ini dapat membantu mencegah gangguan penglihatan, hipotermia, atau stres akibat kebisingan yang berlebihan.
2. Menyediakan perabotan, alat bantu, dan perlengkapan yang aman, nyaman, dan mudah digunakan oleh lansia. Hal ini dapat mencegah risiko jatuh, cedera, atau kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
3. Menjaga kebersihan dan sanitasi rumah agar terhindar dari kuman, debu, dan alergen. Hal ini dapat mengurangi risiko infeksi, alergi, atau penyakit pernapasan yang dapat memperburuk kondisi kesehatan lansia.
4. Mengatur ruang gerak dan aktivitas lansia agar sesuai dengan kemampuan dan kesehatan mereka. Hal ini dapat meningkatkan kualitas hidup, kesehatan fisik, dan keseimbangan tubuh lansia (Nulhakim, 2021).
5. Memberikan stimulasi mental, sosial, dan emosional yang positif dan bermanfaat bagi lansia. Hal ini dapat mencegah depresi, demensia, atau kesepian yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis lansia.

11.3.5 Merujuk/memanfaatkan fasilitas kesehatan masyarakat

Tugas kesehatan keluarga yang kelima yaitu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Beberapa kondisi ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yaitu dihubungkan dengan beberapa kondisi berikut:

1. Pelayanan kesehatan yang biasa dikunjungi oleh keluarga.
2. Frekuensi kunjungan.
3. Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.
4. Pengalaman yang kurang baik.

Beberapa cara untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan masyarakat bagi lansia adalah:

1. Mendaftar di puskesmas terdekat dan mengikuti program pemeriksaan kesehatan rutin yang disediakan untuk lansia. Program ini bertujuan untuk mendeteksi dan mencegah penyakit yang umum dialami oleh lansia, seperti hipertensi, diabetes, osteoporosis, dll. (Sari, D. P., Pratiwi, N. D., & Wulandari, 2019)
2. Menghubungi petugas kesehatan masyarakat yang bertugas di wilayah tempat tinggal dan meminta informasi tentang layanan kesehatan yang tersedia, seperti vaksinasi, konseling, rehabilitasi, dll. Petugas kesehatan masyarakat dapat memberikan edukasi dan bimbingan tentang cara menjaga kesehatan dan kualitas hidup lansia. (Pratiwi, Widarsa and Kurniasari, 2022)
3. Mengikuti kegiatan sosial dan edukasi yang diadakan oleh puskesmas atau organisasi masyarakat lainnya yang berkaitan dengan kesehatan lansia, seperti senam, yoga, meditasi, dll. Kegiatan ini dapat meningkatkan kesehatan fisik dan mental lansia, serta memperluas jaringan sosial mereka. (Juwita *et al.*, 2023)

4. Memanfaatkan fasilitas transportasi umum atau bantuan dari keluarga atau tetangga untuk mengakses fasilitas kesehatan masyarakat yang jauh dari rumah. Hal ini dapat menghemat biaya dan waktu, serta mengurangi risiko kecelakaan atau kesulitan saat berpergian. (Pratiwi et al. 2017)
5. Menjaga komunikasi dan kerjasama dengan petugas kesehatan masyarakat dan memberikan masukan atau saran tentang kebutuhan dan harapan lansia terkait layanan kesehatan. Hal ini dapat meningkatkan keterlibatan dan kepuasan lansia terhadap layanan kesehatan masyarakat, serta memperbaiki kualitas layanan tersebut. (Nurhayati et al. 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Astutik, D., Indarwati, R. and M.Has, E.M. 2019. 'Loneliness and Psychological Well-being of Elderly in Community', *Indonesian Journal of Community Health Nursing*, 4(1), p. 34. Available at: <https://doi.org/10.20473/ijchn.v4i1.12731>.
- Boy, E. 2019. 'Prevalensi Malnutrisi Pada Lansia Dengan Pengukuran Mini Nutritional Assessment (Mna) Di Puskesmas', *Herb-Medicine Journal*, 2(1), pp. 4–9. Available at: <https://doi.org/10.30595/hmj.v2i1.3583>.
- Chen et al. (2016) 'Balanced Nutrition and Immune System Function in the Elderly', *Nutrients*, 8(11), pp. 1–16.
- Harisa, A. et al. (2022) 'Analisis Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Tidur Pasien Lanjut Usia dengan Penyakit Kronis', *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(1), p. 1. Available at: <https://doi.org/10.22146/jkesvo.62916>.
- Hurlock, E.B. (2004) *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga.
- Juwita, R. et al. (2023) 'Pengaruh Senam Yoga Terhadap Peningkatan Fungsi Kognitif Tanjung Palas Tengah', *SAINTEKES: Jurnal Sains, Teknologi dan Kesehatan*, 2(2), pp. 234–248.
- Kim, S., Lee, J., Kim, H., & Noh, D. (2017) 'The Effect of Family Support on Activities of Daily Living and Self-Efficacy in Elderly with Arthritis', *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(6), pp. 803–814.
- Lee, H., Park, H., Ha, E., Lee, J., Kim, Y., Hong, Y., & Ha, M. (2018) 'The Effect of Housing Environment on the Quality of Life and Psychological Well-Being of Older People Living Alone in South Korea', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), pp. 1–13. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph15091935>.

- Marta, Parellangi, A. and Nulhakim, L. (2023) 'Relationship between Family Support and Motivation with Adherence to Taking Medication in the Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus in the Working Area of UPT Puskesmas Tubaan', *Formosa Journal of Multidisciplinary Research*, 2(5), pp. 911-922. Available at: <https://doi.org/10.55927/fjmr.v2i5.4026>.
- Niken Dewi Anggraini, E.W. (2021) 'Family Nursing Care in The Development Stage Of Elderly', *Universitas Kusuma Husada Surakarta* [Preprint].
- Nulhakim, L. (2021) 'The Effectiveness Of Balance Exercise On Changes In The Functional Status Of The Elderly', in *The 1st East Borneo Health International Conference [EBHIC]*. Samarinda, p. Page 131-139. Available at: <http://ejournal.poltekkes-kaltim.ac.id/index.php/ebhic/article/view/44>.
- Nurhayati, S., Setiawan, A., & Widiastuti, N. (2016) "Tingkat kepuasan lansia terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas Kecamatan Samarinda Ulu", *Jurnal Kesehatan Masyarakat Unmul*, 8(2), pp. 1-9.
- Papalia, D.E., Feldman, R.D. and Olds, S.W. (2011) *Human development / Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman*. 11th ed. New York: New York: McGraw-Hill.
- Park, D. C., Lodi-Smith, J., Drew, L., Haber, S., Hebrank, A., Bischof, G. N., & Aamodt, W. (2015) 'The impact of sustained engagement on cognitive function in older adults: the Synapse Project', *Journal of Alzheimer's Disease*, 44(4), pp. 1261-1276.

- Pratiwi, I., Setiawan, A., & Widiastuti, N. (2017) 'Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi aksesibilitas lansia terhadap fasilitas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Samarinda Ulu', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Unmul*, 9(2), pp. 1–10.
- Pratiwi, N.M.V., Widarsa, K.T. and Kurniasari, N.M.D. (2022) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Lansia Pada Posyandu Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Ii Denpasar Selatan : Analisis Jalur', *Archive of Community Health*, 8(3), p. 388. Available at: <https://doi.org/10.24843/ach.2021.v08.i03.p01>.
- Santrock, J.W. (2019) *Life-span development*. New York: McGraw-Hill Education.
- Sari, D. P., Pratiwi, N. D., & Wulandari, R.D. (2019) 'Hubungan komunikasi keluarga dengan kepatuhan lansia dalam pengobatan penyakit kronis di Puskesmas Kecamatan Samarinda Ulu', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 14(1), pp. 1–8.
- Suhartini, T., Nursalam, N., Efendi, F., & Bushy, A. (2019) 'Family decision making in elderly health care: An Indonesian perspective.', *International Journal of Nursing Sciences*, pp. 106–111.
- Sumandar, S., Fadhli, R. and Mayasari, E. (2021) 'Sosio-Ekonomi, Sindrom Metabolik terhadap Kekuatan Genggaman Tangan Lansia di Komunitas', *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 6(1), p. 61. Available at: <https://doi.org/10.22146/jkesvo.60813>.
- Wahyuni, S.D. (2019) 'Tugas Kesehatan Keluarga dalam Penanganan Kasus Kesehatan', *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 4(1), pp. 23–28.
- Wang, H., Chen, X., Chen, S., & Liu, M. (2014) 'Family functioning and life satisfaction in older adults: The moderating role of affect balance', *Journal of Family Psychology*, 28(6), pp. 967–979.

BAB 12

KONSELING KELUARGA

Oleh Helly Budiawan

12.1 Pendahuluan

Keluarga adalah komunitas yang paling pertama dalam menjalin interaksi sosial serta mengidentifikasi segala bentuk perilaku yang orang lain lakukan. Keluarga juga merupakan awal dari pembelajaran setiap masing-masing anggota keluarga dalam pengenalan beragam budaya yang ada di masyarakat berkaitan dengan sifat dan pribadi dari setiap individu selain diri sendiri. Keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak serta anggota keluarga lain di dalam satu rumah. Ada berbagai jenis bentuk dan tipe keluarga secara teori dari keperawatan keluarga yaitu tipe keluarga tradisional dan keluarga modern.

Keluarga yang sudah terbentuk tentunya memiliki berbagai macam fungsi yang berguna dalam ikatan untuk menjalin kekeluargaan itu sendiri. Secara teori keperawatan keluarga fungsi afektif ini merupakan dasar kekuatan yang berkaitan dengan fungsi internal dari keluarga. Adapun fungsi sosialisasi dimulai sejak anggota keluarga lahir yang kemudian diikuti fungsi reproduksi, ekonomi, dan perawatan kesehatan (Husnaniyah, Riyanto, & Kamsari, 2022). Dari beragam macam fungsi keluarga ini tentunya diperlukan kerjasama antar masing-masing anggota untuk menjalin hubungan yang baik dalam mewujudkan fungsi keluarga yang seharusnya dan baik serta berguna untuk keluarga baik secara keseluruhan maupun individu.

Dalam hubungan kekeluargaan ini kadang kala ditemui perbedaan pendapat yang menimbulkan masalah mengingat

bahwa setiap anggota keluarga pasti menjalin hubungan setiap hari bahkan setiap detik untuk saling berinteraksi dan hal ini pun tidak bisa dihindari. Peranan setiap anggota keluarga dibutuhkan dalam setiap jalinan kekeluargaan, baik ayah, ibu, anak-anak, ataupun anggota keluarga lain yang hidup bersama dalam satu rumah. Tentunya masalah ini akan mengganggu kedamaian dan tatanan hidup keluarga jika tidak segera diatasi. Seperti halnya penyakit jika tidak diobati akan memperparah keadaan dari penyakit tersebut, ini membawa keluarga di keadaan yang tidak damai untuk dijalani.

Masalah yang membuat keluarga di keadaan tidak damai berasal dari berbagai macam faktor yaitu kurangnya komunikasi, sifat egois, masalah ekonomi dan berbagai perbedaan pendapat dan kesibukan (Willis dalam Fitriana, 2022). Untuk mencapai penyelesaian permasalahan tersebut bisa dilakukan dengan konseling keluarga. Konseling keluarga merupakan bantuan bagi setiap masing-masing anggota keluarga untuk kembali menjalin hubungan yang baik dengan memperbaiki komunikasi, membina hubungan kembali, mengatasi dengan memfokuskan pada akar permasalahan yang berasal dari kemauan setiap anggota keluarga untuk mengatasi masalah. Konseling keluarga bisa didapatkan di keperawatan keluarga, dimana perawat akan berperan sebagai konselor dengan model konseling yang sudah disusun yang didalamnya memuat berbagai macam kegiatan konseling.

12.2 Konsep Konseling Keluarga

Konseling adalah suatu bantuan ketika seseorang memerlukannya untuk membentuk kedewasaan diri dan melakukan tindakan secara mandiri dan menjadi media yang tepat untuk memberikan pertolongan baik itu saran atau nasihat bagi klien ketika mereka sedang berusaha mengatasi masalah yang sedang dihadapi. Namun, untuk mewujudkan upaya konseling ini

harus ada kemauan dari klien sendiri baik secara individu maupun kelompok serta kesiapan yang sudah disusun oleh pemberi konseling (konselor) sehingga bisa mencapai hasil yang sesuai, fokus masalah dapat ditemukan kemudian teratasi dengan baik.

Konseling keluarga adalah sebuah penerapan yang berfokus pada masalah-masalah di dalam suatu keluarga untuk diperbaiki, dipecahkan, dan dibenahi yang sedang dihadapi oleh klien itu sendiri. Bentuk masalah yang dihadapi klien biasanya berbentuk masalah pribadi dan dipengaruhi juga oleh pola di keluarga klien maka dari itu peran dari masing-masing anggota keluarga diharapkan dalam penyelesaian masalah klien. Konseling keluarga merupakan sebuah metode yang interaktif sebagai upaya untuk mempertahankan kedamaian dan membuat keluarga menjadi harmonis secara optimal sehingga menemui titik terang dari penyelesaian masalah yang berasal dari kerelaan dan saling cinta antar anggota keluarga (Fitriana, 2022).

Konseling keluarga menurut Harwijayanti dkk (2022) merupakan metode yang digunakan untuk memperkuat dan merawat hubungan keluarga yang baik dan berfungsi dengan tujuan untuk mengenali serta menyelesaikan masalah yang timbul dalam lingkup keluarga. Konseling keluarga adalah media yang tepat untuk membuat kolaborasi antar anggota keluarga dengan petugas kesehatan khususnya dibahas disini adalah perawat sebagai pelaku konselor. Konseling keluarga diperlukan sebagai penghubung yang dapat memberikan bantuan penyelesaian terhadap bermacam-macam masalah kehidupan secara komprehensif, kebutuhan untuk konseling sendiri muncul dari dalam diri klien itu sendiri maupun diluar diri klien yang mempertanyakan apa yang harusnya dilakukan untuk mengatasi masalah yang dihadapi (Sari & Afifah, 2022).

Konseling keluarga adalah upaya dari konselor untuk memberikan bantuan pemahaman antar anggota keluarga

untuk mempertahankan hubungan yang baik dan memberikan kesadaran bagi seluruh anggota keluarga jika terdapat permasalahan pada salah satu dari mereka maka hal ini dapat memberikan pengaruh pada pendapat, harapan-harapan, serta interaksi antar anggota keluarga satu dengan yang lain (Noffiyanti, 2020).

Konseling keluarga menurut Willis dalam Rahayu (2017) adalah bentuk dukungan yang diberikan kepada anggota keluarga individu melalui perbaikan komunikasi dalam keluarga, dengan tujuan agar setiap individu dapat mencapai potensinya secara maksimal dan bersama-sama mengatasi masalah yang timbul, didasarkan pada kerelaan dan cinta dari semua anggota keluarga untuk membantu satu sama lain.

Berdasarkan beberapa pengertian tentang konsep konseling keluarga diatas dapat dibuat kesimpulan bahwa konseling keluarga merupakan upaya pertolongan dari konselor dalam hal ini adalah petugas kesehatan yakni perawat dan klien sebagai penerima konseling yang memiliki masalah pribadi dan mempengaruhi tatanan seluruh keluarga dan menjadi media yang tepat untuk mengatasi masalah keluarga demi mencapai keluarga yang harmonis dan mempunyai hubungan interaktif yang baik satu dengan yang lain dan tentunya membutuhkan kerelaan dan kecintaan seluruh anggota keluarga dan kesiapan dari pemberi konseling dalam mencapai penyelesaian permasalahan yang dialami.

12.3 Sejarah Konseling Keluarga

Konseling keluarga pertama kali muncul dan berkembang di negara asalnya yaitu dari daratan Eropa abad ke 20 dan Amerika Serikat abad ke 60 dan seterusnya, kemudian muncul psikiatris Bernama Donald Jackson dan Bateson Project hingga tahun 1962. Jackson kemudian membangun *Mental Research Institute* (MRI) di Palo Alto dan membuat terbitan jurnal pertama pada tahun 1981

dengan rekannya Ackerman, berjudul "*Family Process*" dengan memuat isi didalamnya mengenai teori tentang konseling keluarga yang berfokus pada komunikasi antara penelitian klinis dengan beragam macam masalah yang dihadapi oleh keluarga. Di Indonesia sendiri sejarah perkembangan konseling keluarga ini dilakukan di sekolah dengan nama Bimbingan dan Konseling (BK) pada tahun 60-an yang ditujukan untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh siswa-siswa sekolah. Konseling keluarga kemudian berkembang diawali tahun 1983 dimana IKIP Bandung mengadakan jurusan BK lalu membuat konseling keluarga sama dengan yang ada di Amerika Serikat dimana mengedepankan konseling antar individu anggota keluarga melalui pematangan komunikasi untuk mencapai penyelesaian masalah dan keluarga yang harmonis (Sahputra, 2023).

Konseling keluarga dalam sejarahnya mengalami perkembangan yang pesat antara tahun 1970 – 1980an dimana di dua tahun itu dalam pelaksanaannya sangat menggemparkan dengan hasil yang sangat baik dengan alasan dibalikinya banyak keluarga yang mengalami perubahan-perubahan yang sangat mendasar, dan pada tahun-tahun tersebut dikatakan sebagai tahun kejayaan dari konseling keluarga lebih spesifik pada tahun 197 – 1985. Menurut Willis (2009:24) dalam Syarqawi (2017) konseling keluarga dalam penerapannya mempunyai 2 fokus penyajian yang mengandung perbedaan yang pertama yaitu konseling keluarga dengan membawa pendidikan sebagai latar belakang dan dalam penerapannya terdapat golongan akademisi dalam melaksanakan upaya-upaya pengembangan konseling keluarga dimulai dari perguruan tinggi yang sudah banyak mengangkat konseling keluarga sebagai satu dari mata kuliah yang wajib untuk mahasiswa, fokus penyajian konseling keluarga yang kedua yaitu sebagai praktisi dalam melaksanakannya pada masyarakat luas dimana semua praktisi melakukan implementasi konseling keluarga dengan berbagai macam teknik maupun pendekatan yang

sudah disusun, praktisi disini disebutkan yaitu para dokter, terapis, dan bahkan perawat.

12.4 Tujuan Konseling Keluarga

Dikutip dari Fitriana (2022) menurut beberapa ahli tujuan konseling keluarga dicetuskan dalam beragam macam yang memiliki tujuan yang sama yakni membantu klien dan keluarga. Tujuan dari konseling keluarga yaitu memudahkan komunikasi antar anggota keluarga menjadi efektif untuk menjalin hubungan kekeluargaan yang memerlukan keterbukaan *inner experience* yang membuat interaksi antar anggota keluarga terhambat bahkan terhenti. Beberapa tujuannya yaitu :

1. Menjadi media dengan memberikan kemudahan antar anggota keluarga bertukar pikiran dan perasaan
2. Mengganti gangguan dan memksimalkan peran dan situasi di keluarga
3. Memberikan pelayanan sebagai model dan Pendidikan peran tertentu yang ditunjukan anggota lain

Secara umum, tujuan konseling keluarga, seperti yang dijelaskan oleh Glick dan Kessler adalah memfasilitasi komunikasi pikiran dan perasaan di antara anggota keluarga, mengatasi gangguan dan ketidakfleksibelan dalam peran dan kondisi keluarga, serta memberikan bimbingan sebagai model dan pendidikan mengenai peran tertentu kepada anggota keluarga.

Selain itu, menurut Rahayu (2017) konseling keluarga juga bertujuan untuk membantu anggota keluarga belajar dan menghargai secara emosional bahwa dinamika keluarga saling berkaitan antara satu anggota keluarga dengan yang lainnya. Tujuan lainnya adalah membantu anggota keluarga menyadari bahwa masalah yang dialami oleh satu anggota keluarga dapat memengaruhi persepsi, harapan, dan interaksi anggota-anggota lainnya. Hal ini bertujuan untuk menciptakan keseimbangan yang

akan mendukung pertumbuhan dan perkembangan setiap anggota keluarga serta mempromosikan penghargaan penuh terhadap pengaruh hubungan orang tua.

1. Memberi bantuan kepada anggota keluarga untuk saling menghargai secara emosional dimana keluarga itu mempunyai satu keterkaitan
2. Membuat anggota keluarga sadar jika terdapat masalah pada satu anggota keluarga akan mempengaruhi tatanan keluarga yaitu persepsi dan interaksi antar anggota keluarga
3. Untuk mengembangkan penghargaan penuh sebagai pengaruh dari hubungan parental
4. Untuk meningkatkan toleransi antar anggota keluarga
5. Menoleransi anggota keluarga yang sedang dilanda rasa stress, frustrasi, konflik yang terjadi karena anggota keluarga lain
6. Untuk memberikan dukungan dan semangat dalam mengembangkan motif dan potensi setiap anggota keluarga.
7. Untuk membantu mengembangkan keberhasilan persepsi diri orang tua secara nyata beiringan dengan anggota lain.

Adapun tujuan dari konseling keluarga yang secara umum dikemukakan menurut Perez di dalam Samudra (2022) adalah :

1. Mendukung setiap individu di dalam keluarga untuk belajar serta secara emosional menghargai bahwa dinamika keluarga itu saling berkaitan
2. Mendukung setiap individu di keluarga untuk menyadari bahwa faktanya keluarga sedang menghadapi *problem*/masalah yang mungkin adalah dampak dari perbedaan persepsi, harapan, serta hubungan dengan anggota keluarga yang lain

3. Menjalankan konseling secara terus menerus sampai mencapai keseimbangan homeostatis yang dapat mengembangkan keutuhan keluarga
4. Meningkatkan apresiasi kepada keluarga mengenai dampak relasi parental pada setiap individu di keluarga

Adapun menurut Perez tujuan konseling keluarga secara khusus yakni :

1. Mengarahkan seluruh anggota keluarga untuk saling toleransi antar sesama anggota keluarga terhadap cara maupun perilaku yang unik (*idiosyncratic*)
2. Meningkatkan tingkat kesabaran setiap individu dalam keluarga terhadap rasa frustrasi, baik saat terjadi pertentangan atau kekecewaan, baik yang terjadi dalam lingkup keluarga maupun di luar keluarga.
3. Meningkatkan semangat setiap individu dalam keluarga untuk memberikan dukungan, menginspirasi, dan membantu pertumbuhan anggota keluarga lainnya.
4. Membantu mencapai pandangan orang tua yang objektif dan sejalan dengan pandangan anggota keluarga.

Konseling keluarga mempunyai fokus untuk bertujuan memberi pertolongan setiap individu di keluarga mengatasi masalah yang dihadapi dan tujuan lainnya melalui konseling keluarga dapat menimbulkan rasa empati antar anggota keluarga ketika tercipta kekerasan, perasaan berduka maupun akibat faktor dari luar. Hal ini nantinya akan menumbuhkan peran dari masing-masing untuk saling memberikan dukungan dan memahami.

12.5 Teknik Konseling Keluarga

Dalam penerapan konseling keluarga terdapat 10 teknik yang kemudian digunakan konselor untuk melancarkan pelaksanaan konseling keluarga berlandaskan pada pendekatan

yang dikemukakan oleh Perez (1979) dalam Sinthania, dkk (2022) yaitu :

1. *Sculpting*, adalah teknik dengan menggunakan lisan dalam menyatakan permasalahan keluarga yang sedang dihadapi.
2. *Role playing*, adalah teknik dengan memberikan tugas secara spesifik untuk setiap anggota keluarga contohnya, bertukar peran anak menjadi ibu, ini membantu anak terlepas dari perasaan diberi hukuman bahkan tertekan dan bisa kembali ke peran sesuainya sebagai anak kembali jika mendapati perilaku dari ibunya yang mungkin tidak dia senangi.
3. *Diam*, konselor bersikap diam dengan menunggu anggota keluarga yang mengalami masalah hingga membuat individu tersebut kecewa untuk menjadi terbuka terkait reaksi dan persepsinya yang baru.
4. *Confrontation*, adalah teknik memberikan konseling dengan memberikan kesempatan pada setiap anggota keluarga untuk mengemukakan argumen masing-masing pada saat di wawancara agar lebih jujur dan bisa menyadari perasaan masing-masing.
5. *Teaching via Questioning*, cara ini dilakukan dengan memberi ajaran pada masing-masing anggota keluarga dengan pertanyaan, contoh “apa yang akan kamu lakukan jika kuliahmu gagal?”
6. *Lustening*, metode ini memberi kesempatan anggota keluarga lain untuk memberikan pendapat dan anggota keluarga lain diminta untuk mendengarkan dengan sabar.
7. *Recapitulating*, metode dengan merangkum semua diskusi yang sudah dilakukan sehingga membuat anggota keluarga masing-masing lebih konsentrasi dan tersistematis dalam bertukar pendapat.

8. *Summary*, metode konselor membuat kesimpulan sementara mengenai hasil pembicaraan keluarga agar dapat membuat konseling berjalan dengan progresif.
9. *Clarification*, metode dengan membuat klarifikasi oleh konselor kepada penjelasan dari masing-masing anggota keluarga mengenai persoalan yang dihadapi
10. *Reflection*, metode ini digunakan konselor merefleksikan apa yang dirasakan oleh anggota keluarga baik secara verbal maupun ekspresi wajahnya contoh “tampaknya and kesal dengan sifat yang seperti itu.”

Selain teknik-teknik konseling diatas ada juga teknik konseling yang dikemukakan oleh Albert Ellis dalam Samudra (2022) yaitu Teknik yang bersifat kognitif, emotif, dan behavioral yang sesuai untuk terapi keluarga :

Teknik Kognitif (*The Cognitive Techniques*) adalah teknik yang digunakan dalam kehidupan keluarga dengan cara menggali gangguan emosi dan perilaku secara menyeluruh. Gangguan tersebut tidak disebabkan oleh kehadiran individu dalam situasi keluarga, melainkan oleh bagaimana individu tersebut mempersepsikan dan menginterpretasikan situasi keluarga, yang pada akhirnya mempengaruhi suasana emosional mereka. Teknik ini bertujuan untuk memperbaiki respons negatif orang tua dengan cara berkomunikasi secara positif dan membangun dengan anak melalui diskusi.

Teknik Emotif (*Emotive Techniques*) Teknik-teknik ini dirancang oleh Maultsby untuk mengkomunikasikan kepada anggota keluarga bahwa perasaan-perasaan mereka berasal dari cara mereka berpikir. Teknik evokatif dan dramatis adalah metode yang umum digunakan untuk mengubah pandangan dan keyakinan individu. Salah satu teknik yang sering digunakan adalah perumpamaan, analogi, atau ilustrasi dalam pendekatan rasional-

emosional untuk mengatasi atau menghentikan kebiasaan yang tidak diinginkan.

Teknik Behavioral (*Behavioral Techniques*) Teknik ini merupakan komponen dasar dari terapi rasional-emosional dalam konseling keluarga. Anggota keluarga diberikan tanggung jawab pekerjaan rumah yang harus dijalankan dalam situasi sebenarnya di dalam keluarga, bukan hanya dalam khayalan. Dalam usaha untuk menghindari situasi yang tidak menyenangkan dalam keluarga, orang tua berupaya agar anggota keluarga menghadapi situasi tersebut dan berusaha untuk mengubah perilaku yang tidak sesuai. Pentingnya menggunakan kontrak dengan konselor adalah untuk memastikan bahwa pekerjaan rumah dilakukan oleh seluruh keluarga.

12.6 Pendekatan Konseling Keluarga

Dalam melaksanakan konseling keluarga ada beberapa pendekatan yang dikutip dari Ulfiah (2021) yang paling dikenal dan digunakan oleh konselor yakni : Pendekatan sistem keluarga, pendekatan sistem komunikasi, dan pendekatan struktural. Untuk itu akan dibahas satu persatu masing-masing pendekatan ini.

1. Pendekatan sistem keluarga ini dikemukakan oleh Murray Bowen yang juga dikenal sebagai Teori Keluarga Bowen dimana keluarga memiliki hubungan emosional yang memiliki keterkaitan satu sama lain hingga dapat membentuk fungsi dari keluarga yaitu : *Pertama*, perbedaan diri masing-masing anggota keluarga yang berlatar belakang perbedaan intelektual dan emosional, di konsep ini juga Bowen mengatakan bahwa setiap anggota keluarga mempunyai sifat ego yang berbeda. *Kedua*, Triangulasi yang menurut Bowen ada hal yang mendasar dalam menghalangi sistem emosi keluarga dimana saat anggota keluarga mengalami fase tertekan dan stress, mereka akan condong untuk mencari orang ketiga dalam

meminimalisi stress untuk mendapatkan satabilitas dan hal ini bisa berdampak buruk dan baik. Dampak baiknya orang ketiga bisa menjadi penengah atau penetral namun dampak buruknya ketika orang ketiga berpihak pada satu anggota keluarga saja ini akan lebih memperburuk keadaan. *Ketiga*, Sistem emosional keluarga kecil, dimana perbedaan dalam menghadapi kecemasan kronis dan emosi yang tidak stabil mereka cenderung mengembangkan jarak emosi satu dengan yang lain dan menimbulkan aspe fisik dan emosi tidak dapat berfungsi dengan baik saat berinteraksi di dalam keluarga, jika hal ini terus menerus terjadi akan memicu konflik dan berdampak buruk pada psikologis anak, *Keempat*, Proses proyeksi keluarga yang merupakan proses emosional yang dilakukan turun temurun. Orang tua akan mempengaruhi emosinya pada anak, kemudian anak akan mempengaruhi emosinya kepada anaknya terus menerus seperti itu. Hal ini tergantung proyeksi dari setiap keluarga jika proyeksi emosional mereka harmonis maka akan turun temurun terjadi keharmonisan di keluarga. *Kelima*, Pemutusan emosi, dimana memisahkan antara emosi pribadi dan keluarga. *Keenam*, Posisi saudara kandung, Bowen memberikan pernyataan bahwa terdapat hubungan antara urutan kelahiran dan karakter seseorang, pola interaksi mereka akan mempengaruhi urutan lahir contoh suami sebagai anak sulung menikah dengan istri anak bungsu, maka suami dengan karakter sebagai anak sulung akan lebih dominan dalam menjalankan tanggung jawab di keluarga.

2. Pendekatan Model Komunikasi. Komunikasi yang dilakukan secara verbal maupun nonverbal melalui bahasa tubuh, nada bersuara, postur tubuh, dan intensitas perilaku. Komunikasi ini bisa berfungsi dengan baik untuk

mengendalikan hubungan antar anggota keluarga dalam menjalankan fungsi masing-masing dengan baik.

3. Pendekatan struktural. Konsep teori ini dikemukakan oleh Minuchin, menurutnya sistem keluarga terbentuk atas pola transaksional yang terkenal dengan tiga istilah yaitu : *subsistem, boundaries, alignment*.

Adapun pendekatan yang lainnya dilihat dari jenis-jenis konseling keluarga menurut Harwijaya dkk (2022) yaitu : Terapi keluarga fungsional dimana biasanya, konseling ini ditujukan kepada keluarga yang memiliki anak atau remaja yang mengalami masalah emosional atau perilaku yang rumit. Anak tersebut bersama dengan orang tua atau pengasuhnya dapat mengikuti sekitar 8 hingga 30 sesi mingguan bersama-sama. Selama sesi-sesi ini, keluarga akan memperoleh bimbingan dalam mengembangkan strategi untuk mengatasi perilaku anak dan meningkatkan keseimbangan fungsi keluarga, kemudian Terapi multisistemik tujuan terapi multisistemik adalah mengatasi masalah perilaku dan emosional yang dialami oleh anak-anak dan remaja. Terapi ini juga berfokus pada aspek yang lebih luas dari perilaku anak, seperti meningkatkan interaksi mereka dengan sistem sosial, seperti sekolah atau lingkungan.

Selanjutnya terapi transgenerasional ini melibatkan terapis yang mengamati interaksi antara generasi yang berbeda, seperti hubungan antara orang tua atau pengasuh dan anak-anak. Sasarannya adalah untuk memahami bagaimana respons terhadap tantangan masa lalu dapat memengaruhi masalah atau interaksi keluarga saat ini. Terapi transgenerasi bermanfaat ketika masalah dan pola perilaku berlanjut dari satu generasi ke generasi berikutnya. Selain itu, hal ini dapat membantu dalam memperkirakan bagaimana masalah mungkin berkembang di masa depan, karena perilaku yang terjadi di masa lalu sering menjadi indikator yang kuat untuk perilaku di masa mendatang,

Selanjutnya Terapi keluarga strategis singkat Terapi ini memiliki tujuan untuk merubah cara anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Ini merupakan tindakan intervensi yang dilakukan dalam waktu terbatas, dengan fokus pada masalah dalam keluarga yang dapat memunculkan gejala masalah pada masa muda. Terapi keluarga strategis singkat umumnya terdiri dari 12-16 sesi, tetapi memberikan manfaat yang berdampak jangka panjang. Dibandingkan dengan metode pengobatan lain seperti terapi kelompok atau pelatihan kelompok orang tua, terapi keluarga strategis singkat terbukti lebih efektif dalam mengurangi permasalahan yang muncul dalam jangka pendek dan panjang, seperti penangkapan dan penahanan.

Terapi struktural adalah pendekatan yang mengatasi permasalahan yang timbul akibat dinamika dan konfigurasi keluarga yang kurang seimbang. Tujuannya adalah untuk mencapai keseimbangan dalam hierarki keluarga dan memastikan adanya batasan yang tepat antara anggota keluarga. Yang membedakan terapi struktural dari pendekatan lainnya adalah penekanannya pada struktur keluarga sebagai aspek kunci, bukan hanya pada perilaku tertentu yang mungkin menjadi penyebab masalah.

12.7 Kesimpulan

Berdasarkan penjelasan dari materi-materi diatas maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah komunitas yang paling pertama dalam menjalin interaksi sosial serta mengidentifikasi segala bentuk perilaku yang orang lain lakukan. Keluarga juga merupakan awal dari pembelajaran setiap masing-masing anggota keluarga dalam pengenalan beragam budaya yang ada di masyarakat berkaitan dengan sifat dan pribadi dari setiap individu selain diri sendiri. Dalam hubungan kekeluargaan ini kadang kala ditemui perbedaan pendapat yang menimbulkan masalah mengingat bahwa setiap anggota keluarga pasti menjalin hubungan setiap hari bahkan setiap detik untuk saling berinteraksi dan hal ini

pun tidak bisa dihindari. Untuk mencapai penyelesaian permasalahan tersebut bisa dilakukan dengan konseling keluarga. Konseling keluarga merupakan bantuan bagi setiap masing-masing anggota keluarga untuk kembali menjalin hubungan yang baik dengan memperbaiki komunikasi, membina hubungan kembali, mengatasi dengan memfokuskan pada akar permasalahan yang berasal dari kemauan setiap anggota keluarga untuk mengatasi masalah. Bentuk masalah yang dihadapi klien biasanya berbentuk masalah pribadi dan dipengaruhi juga oleh pola di keluarga klien maka dari itu peran dari masing-masing anggota keluarga diharapkan dalam penyelesaian masalah klien. Konseling keluarga merupakan sebuah metode yang interaktif sebagai upaya untuk mempertahankan kedamaian dan membuat keluarga menjadi harmonis secara optimal sehingga menemui titik terang dari penyelesaian masalah yang berasal dari kerelaan dan saling cinta antar anggota keluarga (Fitriana, 2022).

Dalam sejarahnya konseling keluarga berkembang di negara asalnya yaitu daratan Eropa pada abad ke 20 dan di Amerika Serikat pada abad ke 60 lalu berkembang pada tahun 1970 -1980 yang merupakan tahun keemasan dari perkembangan konseling keluarga karena menghasilkan hasil yang baik pada setiap keluarga yang mengikuti konseling keluarga. Konseling keluarga pun berkembang di Indonesia dengan munculnya tahun 1983 sebagai jurusan BK di IKIP Bandung. Konseling keluarga mempunyai dua fokus penyajian yaitu konseling keluarga dengan latar belakang pendidikan dan konseling keluarga praktisi. Tujuan dari konseling keluarga ini terdapat beberapa tujuan yang dikemukakan beberapa ahli dengan menghasilkan tujuan umum dan tujuan khusus yang tentunya berfokus pada memberikan pertolongan bagi setiap anggota keluarga untuk mencapai keharmonisan keluarga. Teknik konseling keluarga dibahas terdapat sepuluh yakni, *Sculpting, role playing, diam, confrontation, teaching via question, listening,*

recapitulatinh, summary, clarification, dan refelction. Adapun beberapa pendekatan konseling keluarga yang sangat terkenal dan paling banyak digunakan oleh para konselor diantaranya pendekatan sistem keluarga, pendekatan sistem komunikasi, dan pendekatan struktural

DAFTAR PUSTAKA

- Husnaniyah, Dedeh., Riyanto., & Kamsari. 2022. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Deepublish Publisher. Tersedia di Google Books.
- Sari, I.W., Afifah, V.A. 2022. *Pengaruh Konseling Keluarga Terhadap Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Saat Pandemi COVID-19*. Jurnal Keperawatan, 15(1), 8. Retrieved from <http://e-journal.lppmdianhusada.ac.id/index.php/jk/article/view/168>.
- Noffiyanti. 2020. *Mewujudkan Keharmonisan Rumah Tangga Dengan Menggunakan Konseling Keluarga*. Jurnal Bimbingan Konseling Islam : Al-Ittizaan, 3(1). Retrieved from <https://ejournal.uin-suska.ac.id/index.php/alittizaan>.
- Sahputra, Dika. 2023. *Konseling Keluarga*. Nganjuk : Dewa Publishing. ISBN : 978-623-8203-65-9.
- Syarqawi, Ahmad. 2017. *Konseling Keluarga : Sebuah Dinamika Dalam Menjalani Kehidupan Berkeluarga Dan Upaya Penyelesaian Masalah*. Jurnal Pendidikan dan Konseling-Al Irsyad 7(2). Retrieved from <http://jurnal.uinsu.ac.id/index.php/al-irsyad/article/view/6697/2930>.
- Sinthania, Debby., Prabarini, L.P., Munandar, A., Mangundap, M.E., Hutomo, W.M.P., Nainggolan, S.S. 2022. *Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga*. Riau : Dotplus Publisher. Tersedia di Google Books.
- Ulfiah. 2021. *Konseling Keluarga Untuk Meningkatkan Ketahanan Keluarga*. Jurnal Ilmiah Psikologi : Psymphatic. 8 (1). Retrieved from <https://journal.uinsgd.ac.id/index.php/psy/article/view/12839/5749>
- Harwijayanti, B.P., Liana, Y., Tauho K.D., Sulistiyani., Muhammadong., Hariati., Sinaga, M.R.E., Prasetiani, A.G., Janah, E.N. 2022. *Keperawatan Keluarga*. Padang : PT Global Eksekutif Teknologi.

Samudra, Dona. 2022. *Konseling Keluarga Untuk Mencegah Krisis Kesenjangan Hidup Di Balai Penyuluh KB Kecamatan Tanjung Sakti Pumu Kabupaten Lahat*. Lampung : Fakultas Dakwah dan Ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Raden Intan

BAB 13

KESEHATAN MASYARAKAT DAN PROMOSI KESEHATAN DALAM KELUARGA

Oleh Zulfia Samiun

13.1 Pendahuluan

13.1.1 Definisi Kesehatan Masyarakat

Kesehatan merupakan keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Soekidjo Notoatmodjo, 2014).

Kesehatan masyarakat merupakan disiplin ilmu dan praktek yang berfokus pada pencegahan penyakit, perpanjangan hidup, dan peningkatan kualitas kesehatan melalui usaha-usaha kolektif dan pilihan masyarakat, organisasi, dan individu. Hal ini melibatkan pemahaman tentang faktor-faktor yang menentukan kesehatan masyarakat, dan intervensi yang dapat memperbaikinya, termasuk promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2019).

13.1.2 Pentingnya Promosi Kesehatan dalam Keluarga

Promosi kesehatan merupakan salah satu bentuk upaya yang juga penting dalam penyelenggaraan Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Salah satu subsistem dalam SKN yang disusun tahun 2009 maupun yang disusun tahun 2010 yaitu subsistem pemberdayaan masyarakat. Subsistem pemberdayaan masyarakat

adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya individu, kelompok, dan masyarakat umum dibidang kesehatan secara terpadu dan saling mendukung untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Ferawati and Kurniati, 2022).

Sasaran promosi kesehatan dikelompokkan menjadi sasaran primer, sekunder dan tersier. Pada sasaran primer salah satunya yaitu keluarga. Keluarga merupakan aspek terpenting dalam unit terkecil dalam masyarakat, penerima asuhan, kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga saling berhubungan, dan menempati posisi antara individu dan masyarakat (Ferawati and Kurniati, 2022). Keluarga merupakan suatu lembaga dalam satuan (unit) terkecil dari masyarakat, terdiri atas ayah, ibu, dan anak. Karena merupakan unit terkecil dari masyarakat sehingga derajat kesehatan rumah tangga atau keluarga menentukan derajat kesehatan masyarakatnya. Derajat kesehatan keluarga sangat ditentukan oleh Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam keluarga tersebut. Dengan demikian, inti dari pengembangan desa dan kelurahan adalah memberdayakan keluarga-keluarga agar mampu mempraktikkan PHBS (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Peran keluarga sangat penting dalam pencegahan dan penyembuhan bagi anggota keluarga yang sakit, sehingga setiap anggota keluarga sebaiknya mampu mengenal masalah kesehatan yang ada dalam keluarganya. Keluarga seharusnya mampu memutuskan tindakan yang tepat disaat anggota keluarga sedang sakit, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sedang sakit, keluarga mampu memodifikasi lingkungan, serta keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan (Ferawati and Kurniati, 2022).

Komponen terpenting dalam pencegahan penyakit selain dipengaruhi kualitas lingkungan serta sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yaitu perilaku. Perilaku individu ditentukan

oleh keluarga. Keluarga merupakan pengalaman awal yang baik terhadap anak-anak. Pendidikan di lingkungan keluarga mampu memberikan kehidupan emosional yang lebih baik bagi tumbuh kembang anak untuk. Oleh karena itu, penting untuk melakukan upaya dalam membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat yang dimulai dalam lingkungan keluarga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

13.2 Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat

Prinsip-prinsip kesehatan masyarakat mengacu pada panduan dasar yang membentuk pendekatan dan intervensi dalam bidang kesehatan masyarakat. Prinsip dasar kesehatan masyarakat terdiri dari promosi kesehatan; pencegahan primer, sekunder, dan tersier; pendekatan berbasis populasi; kerjasama antar sektor; keadilan dalam kesehatan; pemantauan dan evaluasi; serta pendekatan berbasis bukti (Brownson, Fielding and Maylaln, 2009).

13.2.1 Promosi Kesehatan

Sebelum istilah promosi kesehatan diperkenalkan, masyarakat umum lebih mengenal dengan istilah pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan menurut Green (1980) adalah *“any combination of learning’s designed to facilitate voluntary adaptations of behavior conducive to health”* yang artinya bahwa kombinasi dari pengalaman pembelajaran yang di desain untuk memfasilitasi adaptasi perilaku yang kondusif untuk kesehatan secara sukarela. Definisi pendidikan kesehatan tersebut memperlihatkan bahwa pendidikan kesehatan yang tidak hanya sekedar untuk memberikan informasi terhadap masyarakat melalui penyuluhan, namun pengalaman pembelajaran yang meliputi berbagai macam pengalaman individu sebaiknya dipertimbangkan sebagai fasilitas dalam perubahan perilaku yang diharapkan. Oleh sebab itu saat ini diperkenalkan dengan istilah

promosi kesehatan (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018)

Promosi kesehatan merupakan pendekatan yang mendorong individu dan komunitas untuk mengadopsi perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan. Contoh praktek ini adalah kampanye anti-rokok atau program olahraga di sekolah (World Health Organisation, 1986). Pada tahun 1984, istilah pendidikan kesehatan dirubah oleh WHO menjadi promosi kesehatan. Adapun perbedaan dalam kedua istilah tersebut yaitu pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk mengubah perilaku seseorang, sedangkan promosi kesehatan yaitu selain untuk mengubah perilaku juga untuk mengubah lingkungan sebagai upaya untuk memfasilitasi dalam perubahan perilaku. Istilah Health Promotion (promosi kesehatan) secara resmi disampaikan pada konferensi International di Ottawa, Kanada pada tahun 1986. Dalam konferensi tersebut, *Health Promotion* diartikan sebagai "*the process of enabling peoples to increase controls over, and to improved their health*" yang artinya proses yang memungkinkan seseorang untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatan. Dari definisi tersebut terlihat bahwa upaya promosi kesehatan membutuhkan adanya kegiatan pemberdayaan masyarakat sebagai cara untuk memelihara, meningkatkan, serta melindungi kesehatan baik perorangan maupun masyarakat (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018).

13.2.2 Pencegahan Primer, Sekunder, dan Tersier

Pencegahan primer, sekunder, dan tersier adalah konsep kunci dalam kesehatan masyarakat yang menggambarkan berbagai tahapan intervensi untuk mencegah dan mengelola penyakit.

1. Pencegahan primer

Pencegahan primer merupakan intervensi yang bertujuan dalam mencegah terjadinya penyakit atau cedera sebelumnya

muncul. Fokus pencegahan primer yaitu menghindari faktor risiko penyakit atau meningkatkan ketahanan terhadap penyakit. Contoh pencegahan primer yaitu program imunisasi, kampanye edukasi tentang gaya hidup sehat (misalnya, mendorong diet seimbang atau olahraga), serta upaya untuk mengurangi paparan terhadap faktor risiko lingkungan (seperti polusi udara) (Leon Gordis, 2008).

2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder yaitu intervensi yang dilakukan setelah faktor risiko diketahui tetapi sebelum tanda atau gejala penyakit muncul. Tujuannya pencegahan sekunder yaitu mendeteksi dan mengobati penyakit pada tahap awal untuk mencegah progresivitasnya. Contoh pencegahan sekunder yaitu skrining untuk mendeteksi penyakit seperti kanker payudara (mammografi) atau kanker serviks (pap smear), serta pengobatan awal untuk kondisi yang terdeteksi melalui skrining tersebut (Leon Gordis, 2008).

3. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier yaitu upaya yang dilakukan setelah penyakit telah berkembang. Tujuan pencegahan tersier yaitu untuk memperbaiki fungsi, mengurangi komplikasi, dan memperpanjang serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Contoh pencegahan tersier yaitu rehabilitasi fisik setelah stroke, program pendidikan untuk pasien dengan diabetes mellitus, atau terapi pendukung untuk pasien kanker (Leon Gordis, 2008).

13.2.3 Pendekatan Berbasis Populasi

Pendekatan berbasis populasi merupakan salah satu konsep sentral dalam kesehatan masyarakat yang menekankan pada intervensi yang dirancang untuk mempengaruhi sejumlah besar individu. Dalam pendekatan ini, fokus terhadap populasi atau sekelompok orang daripada individu. Hal ini berbeda dengan

pendekatan klinis yang biasanya berfokus pada perawatan individual. Pendekatan berbasis populasi menekankan intervensi atau kebijakan yang mempengaruhi keseluruhan populasi atau subpopulasi tertentu, dengan tujuan meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup mereka sebagai keseluruhan (Institut of Medicine, 2002).

Manfaat pendekatan berbasis populasi yaitu dengan mempengaruhi populasi yang banyak, pendekatan berbasis populasi ini dapat menghasilkan dampak yang lebih besar dalam mengurangi morbiditas serta mortalitas. Hal ini juga dapat lebih efisien dalam penggunaan sumber daya dan memiliki potensi untuk menghasilkan perubahan yang lebih berkelanjutan dalam perilaku dan lingkungan. Contoh pendekatan berbasis populasi: kampanye anti-rokok yang ditujukan untuk masyarakat luas, program vaksinasi yang mencakup seluruh kelompok usia tertentu, atau kebijakan makanan gizi di sekolah yang mempengaruhi seluruh populasi pelajar (Harper, 2009).

Pendekatan berbasis populasi mengakui bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat sering kali bersifat struktural dan melibatkan berbagai determinan kesehatan, seperti lingkungan, kebijakan, dan sistem. Oleh karena itu, untuk membuat perubahan yang signifikan dan berkelanjutan, diperlukan intervensi yang mempengaruhi populasi secara keseluruhan atau kelompok-kelompok tertentu dalam populasi (Harper, 2009).

13.2.4 Kerjasama antar Sektor

Kerjasama antar sektor dalam kesehatan masyarakat mengakui bahwa determinan kesehatan masyarakat tidak hanya terbatas pada sektor kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai sektor lain seperti pendidikan, ekonomi, lingkungan, transportasi, dan banyak lagi. Oleh karena itu, upaya terpadu dari berbagai sektor diperlukan untuk mengatasi tantangan kesehatan

masyarakat dan menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan. Kerjasama antar sektor merupakan pendekatan kolaboratif yang melibatkan berbagai sektor pemerintah dan non-pemerintah untuk bekerja sama dalam merancang dan melaksanakan strategi, kebijakan, dan intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Adapun manfaat kerjasama antar sektor yaitu mengintegrasikan sumber daya, keahlian, dan pengaruh dari berbagai sektor dapat menciptakan solusi yang lebih holistik dan berdampak lebih luas terhadap determinan kesehatan. Hal ini juga dapat mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan menciptakan lingkungan yang lebih kondusif bagi peningkatan kesehatan masyarakat. Contoh kerjasama antar sektor yaitu kolaborasi antara departemen kesehatan dan departemen transportasi untuk meningkatkan infrastruktur pejalan kaki dan bersepeda, yang pada gilirannya mendukung aktivitas fisik dan mengurangi kejadian penyakit kronis (WHO, 2010).

13.2.5 Keadilan dalam Kesehatan

Keadilan dalam kesehatan merupakan suatu prinsip kesehatan masyarakat yang memfokuskan pada pentingnya mengatasi ketidaksetaraan dalam kesehatan. Ketidaksetaraan kesehatan dilihat pada adanya perbedaan dalam status kesehatan atau distribusi sumber daya kesehatan antar kelompok populasi tertentu, sedangkan ketidakadilan kesehatan yang merupakan perbedaan-perbedaan akan dianggap tidak adil atau dapat dicegah. Keadilan dalam kesehatan merupakan komitmen untuk mengurangi serta menghilangkan ketidaksetaraan dalam kesehatan yang tidak adil, tidak perlu, dan dapat dicegah. Ketidaksetaraan kesehatan dapat mempengaruhi dari kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat, misalnya kelompok yang berada dalam kemiskinan, kelompok etnis minoritas, atau kelompok yang tinggal di area terpencil. Upaya dapat diarahkan

untuk memastikan semua individu memiliki kesempatan yang sama dalam mencapai kesehatan yang optimal dengan berfokus pada keadilan dalam kesehatan. Contoh keadilan dalam kesehatan yaitu inisiatif yang berfokus pada pengurangan ketidaksetaraan dalam akses ke layanan kesehatan antara penduduk perkotaan dan pedesaan, atau kampanye yang ditujukan untuk meningkatkan kesadaran kesehatan dalam komunitas etnis minoritas (Braveman and Gruskin, 2003).

13.2.6 Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan merupakan proses rutin pengumpulan informasi tentang program, proyek, atau kebijakan untuk melacak kemajuan dan kinerja seiring berjalannya waktu, sedangkan evaluasi merupakan penilaian sistematis mengenai desain, implementasi, dan hasil suatu program, proyek, atau kebijakan, dengan tujuan untuk mengetahui efektivitas dan efisiensinya. Pemantauan dan evaluasi (monitoring dan evaluasi) merupakan elemen kunci dalam kesehatan masyarakat yang memastikan bahwa program atau intervensi berjalan sesuai dengan yang telah direncanakan dan mencapai hasil yang diinginkan. Monitoring dan evaluasi mampu menjadikan pemangku kepentingan dalam memahami sejauh mana suatu program efektif serta dapat memberikan informasi untuk perbaikan berkelanjutan. Pemantauan dan evaluasi merupakan instrumen yang sangat penting dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi program kesehatan masyarakat. Melalui monitoring dan evaluasi, organisasi dan pemangku kepentingan dapat memastikan bahwa sumber daya yang digunakan dengan cara terbaik untuk mencapai hasil yang diharapkan dan intervensi kesehatan masyarakat dapat memenuhi kebutuhan target populasi (Rutherford, 2001).

Manfaat pemantauan dan evaluasi dalam kesehatan masyarakat yaitu memberikan bukti mengenai apa yang bekerja dan apa yang tidak dalam suatu intervensi, memungkinkan

pengalokasian sumber daya yang lebih tepat, meningkatkan transparansi dan akuntabilitas, serta menjadi arahan bagi pembuatan keputusan berdasarkan bukti. Contohnya yaitu pemantauan prevalensi merokok setiap tahun untuk melihat efektivitas dari kampanye anti-rokok, contoh lain yaitu bentuk evaluasi program imunisasi untuk mengetahui cakupan dan dampaknya terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan vaksinasi.

13.2.7 Pendekatan Berbasis Bukti

Pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*) dalam kesehatan masyarakat ditekankan pada penggunaan data, penelitian, dan informasi ilmiah untuk memandu keputusan dan intervensi. Pendekatan ini bertujuan untuk memastikan apakah tindakan yang diambil didasarkan bukti terbaik yang ada mengenai tindakan apa yang efektif dalam meningkatkan kesehatan. Pendekatan berbasis bukti menggunakan bukti ilmiah terbaik, yang berasal dari penelitian, penilaian, dan pengalaman, untuk membuat keputusan tentang kebijakan, program, atau praktik dalam kesehatan masyarakat. Keunggulan pendekatan berbasis bukti yaitu dapat memastikan bahwa intervensi memiliki peluang sukses yang lebih tinggi, lebih efektif dalam penggunaan sumber daya, dan lebih mungkin untuk mendapatkan dukungan dari pemangku kepentingan (Brownson, Fielding and Maylaln, 2009). Contoh dalam pendekatan berbasis bukti yaitu:

1. Penggunaan vaksin

Bukti ilmiah yang telah kuat dapat mendukung efektivitas vaksin dalam mencegah penyakit menular. Sebagai contoh, program imunisasi untuk mencegah penyakit seperti campak atau polio didasarkan pada bukti yang menunjukkan bahwa vaksinasi dapat mengurangi insiden dan penyebaran penyakit campak serta polio.

2. Program berhenti merokok

Telah banyak program berhenti merokok yang efektif didasarkan pada bukti mengenai apa yang bekerja dalam membantu seseorang dalam berhenti merokok, seperti terapi penggantian nikotin atau konseling.

3. Intervensi gizi

Rekomendasi untuk asupan gizi, seperti mengonsumsi buah dan sayuran atau mengurangi asupan garam, didasarkan pada bukti ilmiah mengenai hubungan antara diet dan risiko penyakit tertentu.

13.3 Pentingnya Keluarga dalam Promosi Kesehatan

Keluarga memegang peran yang sangat penting dalam promosi kesehatan dan merupakan komponen esensial dalam pembentukan dan pemeliharaan perilaku kesehatan sepanjang hidup seseorang.

13.3.1 Keluarga sebagai Unit Dasar Masyarakat

Keluarga terkadang dianggap sebagai unit dasar dalam masyarakat karena memiliki peran kunci dalam membentuk struktur sosial dan kultural, serta berperan dalam mentransfer nilai, kebiasaan, dan pengetahuan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Sebagai unit dasar masyarakat, keluarga memiliki dampak terhadap perkembangan individu dan komunitas secara keseluruhan (Uchino, 2004). Adapun keluarga sebagai unit dasar dalam masyarakat yaitu:

1. Pembentukan identitas

Keluarga merupakan tempat awal di mana seseorang belajar mengenai identitasnya, budaya, agama, dan nilai-nilai yang dianut.

2. Pendidikan dasar

Sebelum pendidikan formal di sekolah, keluarga menjadi sumber awal pengetahuan dasar, norma sosial, dan perilaku.

3. Dukungan sosial
Dukungan emosional, finansial, dan fisik pertama bagi anggotanya bersumber dari keluarga.
4. Transmisi budaya
Dalam meneruskan tradisi, kebiasaan, bahasa, dan nilai-nilai kultural dari satu generasi ke generasi berikutnya merupakan peran penting yang dimainkan oleh keluarga.
5. Struktur ekonomi
Keluarga menjadi unit ekonomi dasar yang memastikan pemenuhan kebutuhan dasar anggotanya, seperti makanan, tempat tinggal, dan pendidikan.
6. Peran dalam sistem kesejahteraan
Dengan memahami keluarga sebagai unit dasar masyarakat, dapat dipahami bagaimana masyarakat berfungsi, berkembang, dan beradaptasi seiring berjalannya waktu. Ini juga menjadi pentingnya mendukung keluarga dalam berbagai kebijakan dan intervensi sosial untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

13.3.2 Peran Keluarga dalam Pendidikan Kesehatan

Keluarga memiliki peran penting dalam pendidikan kesehatan. Sebagai institusi pertama dan terdekat bagi individu, keluarga mempengaruhi pemahaman, persepsi, dan perilaku kesehatan dalam anggotanya (Tober, 2013). Adapun peran keluarga dalam pendidikan kesehatan yaitu:

1. Pendidikan dasar tentang kesehatan
Sejak usia dini, anak-anak belajar tentang kebersihan dasar, nutrisi, dan perilaku kesehatan lainnya dari anggota keluarga.
2. Perilaku sebagai model
Orangtua dan anggota keluarga lainnya bertindak sebagai model perilaku dalam berbagai aspek kesehatan, seperti kebiasaan makan, olahraga, dan kebiasaan hidup sehat lainnya.

3. **Pemberi informasi dan pedoman**
Keluarga seringkali menjadi sumber informasi kesehatan pertama dan memberikan pedoman mengenai bagaimana merawat diri sendiri saat sakit ataupun pencegahan penyakit.
4. **Mendukung keputusan kesehatan**
Keluarga berperan penting dalam mendukung keputusan kesehatan anggotanya, seperti mendapatkan vaksinasi, mengikuti diet khusus, atau menjalani perawatan medis.
5. **Menghadapi tantangan kesehatan**
Dalam menghadapi penyakit kronis, cedera, atau kondisi kesehatan lainnya, keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan emosional, finansial, dan perawatan.

13.3.3 Pengaruh Lingkungan Keluarga terhadap Kesehatan Individu

Lingkungan keluarga memegang peranan penting dalam mempengaruhi kesehatan individu. Lingkungan fisik maupun psikososial dalam keluarga memiliki dampak langsung dan tidak langsung terhadap kesejahteraan serta perilaku kesehatan anggota keluarganya. Lingkungan keluarga memainkan peran utama dalam mempengaruhi kesehatan individu. Dukungan, pendidikan, dan contoh yang diberikan dalam lingkungan keluarga dapat menciptakan dasar untuk kesehatan yang lebih baik sepanjang hidup (Starfield, Shi and Macinko, 2005).

13.4 Strategi Promosi Kesehatan dalam Keluarga

13.4.1 Pendidikan Kesehatan untuk Semua Anggota Keluarga

Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada semua anggota keluarga merupakan suatu pendekatan holistik yang memastikan setiap individu, dari segala usia dan latar belakang, memahami dan memiliki kesadaran akan kesehatan serta dapat mengambil keputusan yang mendukung kesejahteraan mereka. Memberikan pendidikan kesehatan kepada seluruh anggota keluarga

memperkuat keseluruhan komunitas dan membangun pondasi untuk gaya hidup sehat (Kirby, Laris and Rolleri, 2007). Adapun pendidikan kesehatan untuk semua anggota keluarga sebagai berikut:

1. Orang tua
Mereka memerlukan informasi tentang nutrisi, gaya hidup sehat, kebersihan, serta cara merawat dan mendidik anak-anak tentang kesehatan.
2. Anak dan remaja
Fokus pada pendidikan nutrisi, kebersihan, bahaya merokok, narkoba, dan pendidikan seksual.
3. Orang dewasa dan lansia
Pendidikan tentang pencegahan penyakit kronis, manajemen stres, pentingnya deteksi dini penyakit, dan cara merawat kesehatan mental dan fisik saat menua.
4. Anggota keluarga dengan kebutuhan khusus
Pendidikan kesehatan yang spesifik untuk mereka yang memiliki kondisi kesehatan tertentu, seperti diabetes, gangguan pendengaran, atau gangguan mobilitas.

Pendidikan kesehatan yang holistik mencakup semua anggota keluarga dapat memastikan bahwa setiap individu dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan dalam mengambil keputusan kesehatan. Hal ini dapat memperkuat keluarga dan masyarakat secara keseluruhan, mempromosikan gaya hidup sehat, dan mencegah timbulnya masalah kesehatan di masa depan (Kirby, Laris and Rolleri, 2007).

13.4.2 Pemberdayaan Keluarga dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan

Pemberdayaan keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan berarti memberikan keluarga pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya yang diperlukan untuk

memungkinkan mereka membuat keputusan kesehatan yang tepat untuk anggota keluarganya. Hal ini bertujuan untuk mempromosikan kesejahteraan keluarga dan mengakui peran penting keluarga sebagai bagian utama dalam kesehatan anggota keluarganya (Thoits, 2011). Adapun pemberdayaan dalam keluarga dalam pengambilan keputusan sebagai berikut:

1. Keterlibatan aktif dalam perawatan
Mengajak keluarga terlibat aktif dalam perawatan kesehatan dan pengambilan keputusan yang dapat menambah pemahaman mereka serta membuat keputusan yang lebih baik.
2. Pendidikan kesehatan
Memberikan keluarga informasi yang akurat dan relevan memungkinkan mereka untuk membuat keputusan yang tepat berdasarkan informasi.
3. Pendekatan partisipatif
Melibatkan keluarga dalam diskusi dan keputusan kesehatan dapat meningkatkan kepuasan dan hasil kesehatan yang lebih baik.
4. Dukungan emosional
Membantu keluarga dalam menghadapi stres dan kecemasan yang berkaitan dengan kondisi kesehatan dapat memfasilitasi pengambilan keputusan yang lebih efektif.
5. Akses ke sumber daya
Mempersiapkan keluarga akses ke sumber daya, seperti konselor kesehatan atau pendidik pasien, dapat membantu mereka membuat keputusan yang lebih informatif.

Pemberdayaan keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan memainkan peran aktif dalam kesejahteraan anggota keluarga, memastikan bahwa keputusan yang diambil didasarkan pada informasi dan sesuai dengan nilai dan kebutuhan keluarga (Thoits, 2011).

13.4.3 Keterlibatan Keluarga dalam Program-program Kesehatan Masyarakat

Keterlibatan keluarga dalam program-program kesehatan masyarakat dapat menjadi faktor kunci yang mampu meningkatkan efektivitas dan kesinambungan program. Mengakui keluarga sebagai unit dasar masyarakat memungkinkan program kesehatan masyarakat untuk memanfaatkan dinamika dan sumber daya keluarga guna mencapai hasil kesehatan yang lebih baik. Melibatkan keluarga dalam program kesehatan masyarakat memungkinkan pendekatan yang lebih holistik dan komprehensif, serta meningkatkan peluang keberhasilan program tersebut (Kendrick et al., 2013).

Keterlibatan keluarga dalam program-program kesehatan masyarakat:

1. Promosi kesehatan dan pencegahan
Keterlibatan keluarga dalam program pencegahan, seperti imunisasi atau program nutrisi, dapat meningkatkan kepatuhan dan penerimaan terhadap intervensi.
2. Manajemen penyakit kronis
Keluarga memainkan peran penting dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis, seperti diabetes atau hipertensi, dan keterlibatan mereka dalam program pendidikan dapat meningkatkan manajemen penyakit.
3. Kesehatan jiwa
Dalam perawatan kesehatan mental, keluarga dapat menjadi sumber dukungan penting dan dapat membantu dalam proses pemulihan pasien.
4. Pendidikan dan promosi kesehatan seksual
Mengajak keluarga dalam pendidikan seksual dapat memastikan bahwa pesan kesehatan disampaikan dengan cara yang konsisten dan sesuai dengan nilai-nilai keluarga.

5. Keselamatan dan pencegahan kecelakaan

Program kesehatan masyarakat yang berfokus pada pencegahan cedera atau kecelakaan di rumah akan lebih efektif dengan melibatkan keluarga dalam pelatihan dan pendidikan.

13.4.4 Menggunakan Teknologi untuk Edukasi dan Monitoring Kesehatan Keluarga

Teknologi telah menjadi alat yang sangat berharga dalam bidang kesehatan dan telah digunakan dalam pendidikan dan pemantauan kesehatan keluarga dengan berbagai cara. Penggunaan teknologi dalam edukasi dan pemantauan kesehatan keluarga memanfaatkan kemudahan akses dan interaktivitas yang disediakan oleh alat-alat digital. Dengan pendekatan yang tepat, teknologi ini dapat menjadi tambahan yang berharga bagi pendidikan kesehatan tradisional dan strategi pemantauan (Ruiz, Mintzer and Leipzig, 2006).

Adapun bentuk teknologi untuk edukasi dan monitoring kesehatan sebagai berikut (Dorsey and Topol, 2016):

1. Aplikasi pemantauan kesehatan

Aplikasi ponsel pintar memungkinkan individu dan keluarga untuk memantau aspek-aspek kesehatan seperti aktivitas fisik, asupan makanan, tidur, detak jantung, dan tekanan darah.

2. *Platform edukasi online*

Situs web, webinar, dan kursus online menyediakan informasi kesehatan yang dapat diakses oleh keluarga untuk meningkatkan pengetahuan mereka tentang berbagai topik kesehatan.

3. *Wearable devices*

Perangkat yang dapat digunakan seperti jam tangan pintar atau pelacak kebugaran dapat membantu memantau aktivitas fisik, kualitas tidur, dan parameter kesehatan lainnya dalam kehidupan sehari-hari.

4. *Telemedicine*

Telemedicine memungkinkan keluarga untuk berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan melalui video call, serta mengurangi kebutuhan kunjungan fisik ke fasilitas kesehatan.

5. *Platform* pengingat medikasi

Aplikasi dan perangkat lunak khusus yang dirancang untuk memberikan pengingat kepada pasien tentang waktu minum obat, dosis, dan informasi lainnya.

13.5 Hambatan dan Tantangan dalam Promosi Kesehatan Keluarga

13.5.1 Kurangnya Kesadaran dan Pengetahuan Kesehatan

Kurangnya kesadaran dan pengetahuan kesehatan dapat menjadi hambatan utama dalam adopsi perilaku kesehatan yang baik dan pemanfaatan layanan kesehatan yang efektif. Banyak individu tidak menyadari risiko tertentu, gejala penyakit, atau manfaat pencegahan dan perawatan, yang dapat mempengaruhi keputusan kesehatan mereka (Chou, Oh and Klein, 2018).

13.5.2 Faktor Ekonomi dan Aksesibilitas

Faktor ekonomi dan aksesibilitas merupakan dua aspek kunci yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam mengakses dan memanfaatkan layanan kesehatan serta mengadopsi perilaku kesehatan yang sehat. Hal ini seringkali menjadi hambatan utama dalam upaya promosi kesehatan keluarga (Wagstaff et al., 2018).

Adapun faktor ekonomi dan aksesibilitas dalam promosi kesehatan keluarga yaitu:

1. Kemampuan membayar

Keluarga dengan pendapatan rendah akan kesulitan membayar layanan kesehatan, obat-obatan, atau perawatan preventif.

2. Lokasi layanan
Jarak geografis dari fasilitas kesehatan dapat menghalangi keluarga, terutama di daerah pedesaan atau terpencil, untuk mengakses perawatan.
3. Kurangnya asuransi kesehatan
Tanpa cakupan asuransi kesehatan, biaya out-of-pocket dapat menjadi penghalang utama untuk menerima perawatan.
4. Kualitas layanan
Meskipun layanan mungkin tersedia, kualitas layanan, seperti waktu tunggu yang lama atau kurangnya peralatan medis, dapat menghalangi keluarga dari pemanfaatan layanan tersebut.
6. Pengetahuan dan kesadaran
Kurangnya informasi atau kesadaran tentang layanan yang tersedia atau pentingnya pencegahan dapat menjadi penghalang keluarga dari mengakses perawatan.

Faktor ekonomi dan aksesibilitas sering berperan sebagai hambatan utama dalam upaya promosi kesehatan keluarga. Untuk meningkatkan akses dan pemanfaatan layanan kesehatan oleh keluarga, penting bagi pemangku kepentingan untuk memahami dan mengatasi hambatan ini melalui kebijakan dan intervensi yang tepat (Wagstaff et al., 2018).

13.5.3 Budaya dan Tradisi yang Bertentangan dengan Praktik Kesehatan

Budaya dan tradisi dapat mempengaruhi persepsi dan praktik kesehatan individu dan keluarga. Meskipun banyak tradisi yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan, ada beberapa yang bertentangan dengan panduan kesehatan modern atau tindakan pencegahan, sehingga menjadi hambatan dalam upaya promosi kesehatan keluarga (Larson et al., 2014).

Adapun budaya dan tradisi sebagai hambatan dalam promosi kesehatan keluarga yaitu:

1. Pandangan tentang penyakit dan pengobatan
Dalam beberapa budaya, penyakit dianggap sebagai hukuman atau hasil dari roh jahat, sehingga pengobatan tradisional atau ritual religius diutamakan daripada intervensi medis.
2. Praktik diet dan nutrisi
Tradisi makanan tertentu yang tidak sejalan dengan panduan gizi modern, seperti konsumsi makanan berlemak tinggi atau rendah serat.
3. Pandangan tentang vaksin
Beberapa komunitas memiliki kecurigaan atau ketidakpercayaan terhadap vaksinasi karena alasan kepercayaan, tradisi, atau misinformasi.
4. Pandangan tentang kesehatan reproduksi
Dalam beberapa budaya, topik seperti kontrasepsi, pendidikan seksual, atau hak-hak perempuan terkait kesehatan reproduksi dianggap tabu atau kontroversial.
5. Tindakan tradisional atau ritual
Beberapa tindakan atau ritual, seperti sunat perempuan atau penggunaan benda tajam tanpa sterilisasi, dapat menimbulkan risiko kesehatan.

Mengakui dan memahami peran budaya dan tradisi dalam kesehatan adalah langkah penting dalam mendesain intervensi kesehatan masyarakat yang efektif. Menghormati dan bekerja dalam konteks budaya, sambil memberikan pendidikan dan advokasi untuk praktik kesehatan yang aman, adalah kunci pendekatan dalam promosi kesehatan keluarga di seluruh dunia (Larson et al., 2014).

13.5.4 Kurangnya Sumber Daya dan Dukungan Pemerintah

Kurangnya sumber daya dan dukungan dari pemerintah dapat mempengaruhi kapasitas sebuah negara atau komunitas untuk menyediakan layanan kesehatan berkualitas, pendidikan kesehatan, dan intervensi lainnya yang mendukung kesejahteraan keluarga. Keberlanjutan dan efektivitas inisiatif kesehatan masyarakat sering bergantung pada alokasi sumber daya yang memadai dan dukungan kebijakan (Dieleman et al., 2017).

Adapun bentuk kurangnya sumber daya dan dukungan dari pemerintah yaitu:

1. Pembiayaan yang tidak memadai
Tanpa pembiayaan yang cukup, program kesehatan masyarakat tidak dapat beroperasi dengan kapasitas penuh atau menyediakan layanan yang diperlukan.
2. Infrastruktur kesehatan yang tidak memadai
Kurangnya fasilitas kesehatan, peralatan, dan tenaga medis terlatih dapat menghalangi penyediaan layanan kesehatan yang efektif.
3. Kurangnya program pendidikan kesehatan
Tanpa dukungan dari pemerintah, pendidikan kesehatan masyarakat kurang tersedia, mengakibatkan populasi yang kurang informasi tentang isu-isu kesehatan kunci.
4. Kebijakan yang tidak mendukung
Kebijakan pemerintah yang tidak mendukung atau bertentangan dengan promosi kesehatan dapat menghambat upaya dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
5. Kurangnya data penelitian
Keputusan berbasis bukti memerlukan data dan penelitian berkualitas. Tanpa dukungan pemerintah untuk penelitian kesehatan, ada risiko bahwa intervensi mungkin tidak berdasarkan bukti terbaru atau relevan.

Kurangnya sumber daya dan dukungan pemerintah dalam promosi kesehatan keluarga dapat menghasilkan populasi yang kurang sehat dengan akses yang terbatas ke layanan kesehatan yang berkualitas. Mendukung alokasi sumber daya yang tepat dan kebijakan proaktif sangat penting untuk memastikan kesejahteraan masyarakat pada skala yang lebih besar (Dieleman et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Braveman, P. and Gruskin, S. 2003. 'Defining equity in health.', *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), pp. 254–258. Available at: <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>.
- Brownson, R.C., Fielding, J.E. and Maylahn, C.M. 2009. 'Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice.', *Annual review of public health*, 30, pp. 175–201. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>.
- Chou, W.-Y.S., Oh, A. and Klein, W.M.P. 2018. 'Addressing Health-Related Misinformation on Social Media.', *JAMA*, 320(23), pp. 2417–2418. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16865>.
- Dieleman, J. *et al.* 2017. 'Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: Development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries', *The Lancet*, 389(10083), pp. 1981–2004. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30874-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30874-7).
- Dorsey, E.R. and Topol, E.J. 2016. 'State of Telehealth.', *The New England journal of medicine*, 375(2), pp. 154–161. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1601705>.
- Ferawati and Kurniati, M.F. 2022. 'Promosi Kesehatan Keluarga Dengan Metode DPP (Demonstrasi, Poster, Penyuluhan) Sebagai Upaya Meningkatkan Pengetahuan Keluarga Desa Sumberagung Kecamatan Dander Kabupaten Bojonegoro', *Jurnal Humais: Jurnal Pengabdian Masyarakat STIKes ICsada Bojonegoro*, 7(1), pp. 22–33.

- Harper, S. 2009. 'Rose's Strategy of Preventive Medicine. Geoffrey Rose with commentary by Kay-Tee Khaw and Michael Marmot.', *International Journal of Epidemiology*, 38(6), pp. 1743–1745. Available at: <https://doi.org/10.1093/ije/dyn259>.
- Institut of Medicine. 2002. *Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. (2002). The Future of the Public's Health in the 21st Century. National Academies Press (US)*. Washington (DC). Available at: <https://doi.org/10.17226/10548>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. 'Keluarga sehat wujudkan indonesia sehat', *Kementrian Kesehatan RI*, p. 6. Available at: https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Warta-Kemas-Edisi-03-2017_955.pdf.
- Kendrick, D. et al. 2013. 'Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood.', *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(3), p. CD006020. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006020.pub3>.
- Kirby, D.B., Laris, B.A. and Rolleri, L.A. 2007. 'Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world.', *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 40(3), pp. 206–217. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.143>.
- Larson, H.J. et al. 2014. 'Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012.', *Vaccine*, 32(19), pp. 2150–2159. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>.
- Leon Gordis. 2008. *Epidemiology*.

- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. 2018. *Promosi Kesehatan*.
- Ruiz, J.G., Mintzer, M.J. and Leipzig, R.M. 2006. 'The impact of E-learning in medical education.', *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(3), pp. 207–212. Available at: <https://doi.org/10.1097/00001888-200603000-00002>.
- Rutherford, G.W. 2001. 'Principles and Practices of Public Health Surveillance, Second Edition', *American Journal of Epidemiology*, 154(4), pp. 385–386. Available at: <https://doi.org/10.1093/aje/154.4.385-a>.
- Soekidjo Notoatmodjo. 2014. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT RINEKA CIPTA.
- Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. 2005. 'Contribution of primary care to health systems and health.', *The Milbank quarterly*, 83(3), pp. 457–502. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
- Thoits, P.A. 2011. 'Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health.', *Journal of health and social behavior*, 52(2), pp. 145–161. Available at: <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>.
- Tober, G. 2013. 'Motivational Interviewing: Helping People Change', *Alcohol and Alcoholism*, 48, pp. 376–377. Available at: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt010>.
- Uchino, B.N. 2004. *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*, *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. New Haven, CT, US: Yale University Press (Current perspectives in psychology). Available at: <https://doi.org/10.12987/yale/9780300102185.001.0001>.

- Wagstaff, A. *et al.* 2018. 'Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study.', *The Lancet. Global health*, 6(2), pp. e169–e179. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1).
- WHO. 2010. 'A conceptual framework for action on the social determinants of health'. Geneva PP - Geneva: World Health Organization (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2). Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>.
- World Health Organisation. 1986. 'International Conference on Health Promotion: Ottawa charter', *WHO/HPR/HEP/95.1. Unpublished*, p. 8 p. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- World Health Organization. 2019. *Financing Common Goods for Health, Health Systems and Reform*. Available at: <https://www.tandfonline.com/toc/khsr20/5/4?nav=tocList>.

BIODATA PENULIS



Ns. Mareta Akhriansyah, S.Kep., M.Kep.

Dosen Tetap Program Studi Keperawatan
STIK Bina Husada Palembang

Penulis lahir di Betijaya pada tanggal 30 Maret 1985. Penulis merupakan dosen tetap di STIK Bina Husada Palembang Program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas Sumatera Barat. Penulis aktif dalam melakukan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, pengajaran dan menulis buku di bidang Keperawatan. Saat ini penulis juga aktif menjadi pengurus pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Sumatera Selatan.

Penulis menikah dengan Ns. Rista Kainar, S.Kep dan dikaruniai putri (Nayyara Rasyiq Azzahra) dan putra (Muhammad Rayyan Rafisqy).

Email penulis : mareta85akhriansyah@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ester, SKM., M.Kes

Dosen di Program Studi D-III Keperawatan Nabire, Poltekkes
Kemenkes Jayapura

Lahir di Tator Sulawesi Selatan pada tanggal 16 Agustus 1975. Menikah dengan suami (Kondo Korani). Memiliki seorang putri (Rae Thesalonika kondo) dan seorang putra (Esra Rieman Kondo). Lulus Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin, Makassar tahun 1998, Strata Dua (S2) Program Studi Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Hasanuddin, Makassar tahun 2013. Penulis aktif dalam bidang organisasi kemasyarakatan dan profesi seperti Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI). Bekerja di Program Studi D-III Keperawatan Nabire, Poltekkes Kemenkes Jayapura sejak tahun 2004 hingga saat ini sebagai dosen tetap.
Email: esterkorani@gmail.com

BIODATA PENULIS



Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 23 Juni 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle Manado. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan di De La Salle Health Sciences Institutes Dasmariñas Cavite Philippines dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin Makassar.

BIODATA PENULIS



Immawanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., Sp.Kep.Mat

Dosen Program Studi Profesi Ners STIKes Marendeng Majene
Sulawesi Barat

Penulis lahir di Majene tanggal 11 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners STIKes Marendeng Majene. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK), Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin Makassar dan melanjutkan Pendidikan S2 pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan (Peminatan Keperawatan Maternitas), Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis aktif mengajar pada mata kuliah keperawatan Maternitas dan Konsep Dasar Keperawatan.

BIODATA PENULIS



Dr. H. Rustam Aji SKp., M.Kes.

Dosen Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Penulis lahir di Curup pada tanggal 17 Februari 1962. Pendidikan : SD Negeri di SDN No. XIV Curup (1975). SMP N I Curup (1980). SMA PGRI 1 Curup (1983), SPPM Bengkulu (1984) Akper Otten Bandung (1990). S1 Keperawatan Universitas Indonesia (1998), S2 Ilmu perilaku dan Promosi Kesehatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta (2022), S3 Kesehatan Lingkungan Universitas Sriwijaya Palembang (2016). Mulai bekerja di Puskesmas Pembantu Durian Mas Kota Padang Ulak Tanding dan di Puskesmas Sengkuang tebat Karai kepahyang (1987). Bekerja Akper Depkes Curup (1989) dan saat ini bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Bengkulu Prodi D3 Keperawatan Curup. Penulis memiliki jabatan sebagai Lektor kepala. Penulis beralamatkan di Jln. Musi Raya No. 36 RT. 03 / RW 01 Kelurahan Batu Galing Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Provinsi Bengkulu. Penulis memiliki istri bernama Rita Yanti dan memiliki dua anak perempuan bernama Sherly Ratih Frichesarius Shanty Aji,Am.d.Kep.,SKM menantu Aiptu Ibrahim Efendi.SH Cucu 1.Shultan Ali Aji Alkahfi 2. Ghaniyah Felicia dan Anak Roro Ajhie

Ayuningtyas,Amd.Keb.,STR.Keb. Cucu 3. Kirana Cordelya Aji
Maheswari.

BIODATA PENULIS



Anas Kiki Anugrah, S. Kep., Ners., M. Kep

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi
Fakultas Ilmu Vokasi Universitas Medika Suherman

Penulis lahir di Bima tanggal 06 Agustus 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi, Universitas Medika Suherman. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada tahun 2018 & melanjutkan studi Ners pada tahun 2019. Kemudian Penulis melanjutkan studi jenjang S2 pada tahun 2020 dan mampu menyelesaikan studinya pada oktober 2022. Penulis menyelesaikan jenjang S2 dengan minat pada Ilmu Keperawatan Medikal Bedah.

Penulis merupakan anak pertama dari 2 bersuadara. Saat ini bekerja sebagai dosen di universitas medika Suherman cikarang sejak maret 2023 sampai sekarang. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2023, dan sampai saat ini masih terus belajar dalam menulis serta terus mengembangkan kemampuan diri untuk menghasilkan karya-karya baik buku, karya ilmiah ataupun penelitian yang bermanfaat untuk masyarakat. Motto: Uang bisa habis, jabatan bisa lepas, orang yang kita cinta bisa pergi, akan tetapi tulisan akan abadi selamanya.

Email: anaskikianugrah25@gmail.com

BIODATA PENULIS



Isymiarni Syarif, S.Kep., Ns., M.Kes.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar

Penulis lahir di Somba tanggal 25 Januari 1985. Penulis adalah dosen DPK pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Makassar (UIM). Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di STIK GIA Makassar serta S2 pada Jurusan Epidemiologi, Universitas Hasanuddin. saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan di jenjang Doctoral Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Aktivitas lainnya penulis adalah menekuni bidang Menulis serta penulis aktif dalam berorganisasi baik organisasi formal maupun non formal yang merupakan bagian dari hobi penulis. Untuk bersilaturahmi dengan penulis, bisa mengirim email ke alamat isymiarnisyarif@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Haris, M.Kep

Dosen Program Studi D3 Keperawatan
Politeknik Kaltara

Penulis lahir di Kota Bau-Bau Provinsi Sulawesi Tenggara tanggal 3 Desember 1982. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan tahun 2005 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar dan menyelesaikan pendidikan ners tahun 2006 di kampus yang sama. Penulis menyelesaikan Pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Padjadjaran dengan peminatan Keperawatan komunitas tahun 2018. Penulis aktif mengajar di Akademi Keperawatan Kaltara sejak tahun 2008 hingga saat ini beralih bentuk menjadi Politeknik Kaltara di Kota Tarakan Provinsi Kalimantan Utara. Penulis pernah menjabat Wakil Direktur Bidang Akademik tahun 2010 hingga 2015. Saat ini penulis juga aktif sebagai wakil ketua DPW PPNI Provinsi Kalimantan Utara 2016 hingga saat ini. Penulis juga aktif sebagai reviewer jurnal dan melakukan publikasi baik yang terindeks nasional maupun internasional. Penulis dapat dihubungi melalui email : hariskasuhe@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Yohana Wiratikusuma.,S.Kep.M.Kep

Dosen Manajemen Keperawatan

Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Medika Suherman Cikarang

Penulis lahir di Jakarta tanggal 01 Februari 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Medika Suherman Cikarang. Penulis aktif menulis beberapa buku di bidang keperawatan.

Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan di STIK Sint Carolus Jakarta dan melanjutkan S2 pada Jurusan Manajemen Keperawatan di STIK Sint Carolus Jakarta. Pengalaman bekerja sebagai perawat di RS St. Carolus Salemba (2009-2015 dan 2018), *Volunter* di Unit CARLO RS. St. Carolus Salemba tahun 2012. Staff Biro Pendidikan dan Penelitian (Agustus 2018 – Juli 2019). Pengalaman sebagai Penanggung Jawab bagian *Learning and Development HR Operational* RS St. Carolus Salemba (Juli 2019 – Oktober 2021) dan *Chief Organizer of Online Training (In House Training)* di RS St. Carolus (2020-2020). Selain itu pernah aktif dalam tim Akreditasi RS, sebagai sekretaris Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP) dan

sekretaris Kelompok Standar IV dan V Akreditasi RS St. Carolus sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit tahun 2019.

BIODATA PENULIS



Ns. Lukman Nulhakim, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis lahir di Penyinggahan tanggal 20 April 1978. Penulis adalah dosen tetap di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Penulis memulai pendidikan keperawatan sejak tahun 1997 di Akademi Keperawatan (AKPER) Depkes Samarinda dan berhasil lulus pada tahun 2000. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dan berhasil menyelesaikan studi S1 dan Profesi Ners pada tahun 2007. Melanjutkan Pendidikan S2 Keperawatan di tahun 2011 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI), dan berhasil menyelesaikan studi S2 pada tahun 2014 dengan peminatan/ keilmuan keperawatan komunitas. Dalam mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan komunitas, keluarga dan gerontik. Selain peneliti, penulis juga menulis buku chapter tentang Keperawatan Transkultural, Asuhan Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Keluarga dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

BIODATA PENULIS



Zulfia Samiun, S.Kep, Ns., M.Kes

Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

Penulis lahir di Patoko tanggal 28 Agustus 1987, yang merupakan salah satu Dusun di Kabupaten Luwu, Sulawesi Selatan. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Makassar (2011-sekarang). Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan Universitas Hasanuddin (2011) dan menyelesaikan pendidikan S2 pada Jurusan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2013). Saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan Doktorat (S3) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menekuni bidang Menulis. Penulis pernah menjadi bendahara pada Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Makassar dan sekaligus sebagai wakil sekretaris pada DPK Akper Muhammadiyah Makassar (2012-2017).