



KEPERAWATAN KELUARGA

- Bkti Putri Harwijayanti
- Yunita Liana
- Kristiani Desimina Tauho
- Sulistiyani
- Muhammadong
- Hariati
- Mei RianitaElfrida Sinaga
- Abigael Grace Prasetiani
- Esti Nur Janah

KEPERAWATAN KELUARGA

BEKTI PUTRI HARWIJAYANTI

YUNITA LIANA

KRISTIANI DESIMINA TAUHO

SULISTIYANI

MUHAMMADONG

MEI RIANITA ELFRIDA SINAGA

HARIATI

ABIGAEL GRACE PRASETIANI

ESTI NUR JANAH



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KEPERAWATAN KELUARGA

Penulis:

Bekti Putri Harwijayanti

Yunita Liana

Kristiani Desimina Tauho

Sulistiyani

Muhammadong

Hariati

Mei Rianita Elfrida Sinaga

Abigael Grace Prasetiani

Esti Nur Janah

ISBN : 978-623-5383-81-1

Editor: Mila Sari, M.Si.

Ilda Melisa, A.Md., Kep.

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

Desain Sampul dan Tata Letak: Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001

Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah Padang

Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2022

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

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji selalu Kami panjatkan kepada Allah SWT atas ridho-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan buku berjudul “Keperawatan Keluarga”. Keberhasilan buku ini tentu tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada berbagai pihak yang selalu mendukung dan memberikan do’a terbaik dalam penerbitan buku ini.

Buku ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Jika pembaca menemukan kesalahan apapun, penulis mohon maaf setulusnya. Selalu ada kesempatan untuk memperbaiki setiap kesalahan, dukungan berupa kritik & saran akan selalu penulis terima dengan tangan terbuka.

Padang, Juli 2022
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
BAB 1 PERSPEKTIF KEPERAWATAN KELUARGA.....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Perspektif Struktural-Fungsional	2
1.2.1 Konsep Struktur	5
1.2.2 Konsep Fungsi	6
1.3 Perspektif Perkembangan Keluarga.....	6
1.4 Perspektif Sistem Umum	9
1.4.1 Paradigma Holistik.....	10
1.4.2 Pendekatan Terkait Sistem Umum: Sibernetika dan Komunikasi.....	11
1.4.3 Hubungan antara Perspektif Struktural-Fungsional dengan Perspektif Sistem.....	12
BAB 2 KONSEP KELUARGA	15
2.1 Pendahuluan	15
2.2. Definisi Keluarga.....	15
2.3 Tipe Tipe Keluarga	16
2.4 Struktur Keluarga.....	19
2.5 Fungsi Keluarga.....	21
2.6 Tahap Perkembangan Keluarga	24
2.7 Keluarga Sebagai Klien.....	27
2.8 Keluarga Sebagai Sistem	28
2.9 Tugas Kesehatan Keluarga.....	29
2.10 Karakteristik Keluarga Sehat.....	33
BAB 3 KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA.....	35
3.1 Pengertian Keperawatan Keluarga	35
3.2 Asumsi Keperawatan Keluarga.....	36
3.3 Tujuan Keperawatan Keluarga.....	37
3.3.1 Mengenal masalah kesehatan dari setiap anggota keluarga.....	37
3.3.2 Mengambil keputusan secara tepat dan cepat	38
3.3.3 Merawat anggota keluarga yang memiliki gangguan kesehatan.....	38

3.3.4 Memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan.....	38
3.3.5 Memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan.....	39
3.4 Fungsi Keperawatan Keluarga	39
3.5 Sasaran Keperawatan Keluarga.....	40
3.5.1 Keluarga sehat.....	40
3.5.2 Keluarga yang memerlukan tindak lanjut.....	40
3.5.3 Keluarga risiko tinggi.....	40
3.6 Lingkup Keperawatan Keluarga.....	41
3.7 Peran perawat keluarga	42
3.8 Sasaran Keperawatan Keluarga.....	43
3.8.1 Keluarga sebagai konteks	43
3.8.2 Keluarga sebagai klien	44
3.8.3 Keluarga sebagai sistem.....	44
3.8.4 Keluarga sebagai komponen dari masyarakat	45
3.9 Teori Keperawatan Keluarga	45
3.9.1 Teori Nightingale (1859).....	45
3.9.2 Teori adaptasi Roy (1976).....	46
3.9.3 Model sistem dari Newman (1983)	46
3.9.4 Kerangka sistem organisasi dari Friedeman (1995) ..	46
3.9.5 Model kesehatan keluarga dari Denham (2003).....	46
BAB 4 PENGKAJIAN KELUARGA.....	48
4.1 Pendahuluan	48
4.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga	49
4.3 Pengkajian Keperawatan Keluarga.....	53
BAB 5 DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA.....	64
5.1 Definisi Diagnosis Keperawatan Keluarga	64
5.2 Kategori Diagnosis Keperawatan Keluarga.	66
5.3 Daftar Diagnosis Keperawatan Keluarga.	71
5.4 Menentukan Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga....	76
BAB 6 PERENCANAAN ASUHAN KEPERAWATAN	81
6.1 Pendahuluan	81
6.2 Tujuan	81
6.3 Peran Keluarga dalam Perencanaan Asuhan	82
6.4 Tahapan Penyusunan Perencanaan Asuhan	83
6.5 Perhitungan Skoring Keperawatan Keluarga.....	84

6.6 Contoh Dokumentasi Perencanaan Keperawatan Keluarga.....	86
BAB 7 INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA.....	92
7.1 Pengertian Intervensi	92
7.2 Tujuan Intervensi.....	94
7.3 Jenis – Jenis Intervensi.....	94
BAB 8 STRATEGI DALAM IMPLEMENTASI KEPERAWATAN KELUARGA.....	101
8.1 Pendahuluan	101
8.2 Konsep Implementasi Keperawatan Keluarga	101
8.2.1 Implementasi keperawatan keluarga bagi anggota/individu keluarga.....	102
8.2.2 Implementasi keperawatan keluarga bagi seluruh anggota keluarga.....	102
8.3 Tahap Implementasi Keperawatan Keluarga	103
8.3.1 Tahap awal.....	103
8.3.2 Tahap kerja.....	104
8.4 Hambatan yang Mungkin Muncul dalam Implementasi Keperawatan Keluarga.....	104
8.5 Implementasi Keperawatan Keluarga	105
BAB 9 DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA...	115
9.1 Definisi Dokumentasi Keperawatan	115
9.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan.....	116
9.3 Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan/ Keluarga.....	117
9.3.1 Dokumentasi pengkajian.....	117
9.3.2 Dokumentasi Diagnosis Keperawatan	117
9.3.3 Dokumentasi-Rencana-Keperawatan.....	120
9.3.4 Dokumentasi/Implementasi/Keperawatan	120
9.3.5 Dokumentasi Evaluasi Keperawatan	120
9.4 Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga.....	121

BIODATA PENULIS

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Skala Bailo dan Maglaya	77
Tabel 6.1 Kriteria Perhitungan Skoring Masalah Keperawatan Keluarga	84
Tabel 6.3 Contoh Dokumentasi Perencanaan Keperawatan Keluarga	86
Tabel 8.1 Contoh format dokumentasi implementasi keperawatan keluarga	106
Tabel 8.2 Contoh mengisi format dokumentasi implementasi keperawatan keluarga	106
Tabel 8.3 Susunan Acara SAP	110

BAB 1

PERSPEKTIF KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Bkti Putri Harwijayanti

1.1 Pendahuluan

Dalam pembahasan perspektif teoretis keperawatan keluarga, beberapa teori ilmu sosial keluarga muncul sebagai perspektif teori yang paling baik dan kuat untuk digunakan dalam keperawatan keluarga. Beberapa teori ini, kita percayai, adalah teori struktural-fungsional, teori perkembangan, dan teori sistem umum. Dengan menerapkan tiga model teoretis umum, selain beberapa teori pertengahan mendorong perawat keluarga untuk mempraktikkan perawatan keluarga yang lebih holistik dan komprehensif (Friedman, Bowden and Jones, 2010).

Pandangan struktural-fungsional yang digunakan dalam keluarga bersifat menyeluruh dan berhubungan penting antara keluarga dengan sekitarnya baik internal maupun eksternal keluarga. Perspektif perkembangan diperlukan dalam menginformasikan kemajuan dan tugas dalam keluarga, mempelajari perubahan yang terjadi dalam kehidupan keluarga sepanjang waktu, dan menelaah cara keluarga menyelesaikan tugas perkembangan keluarga. Perspektif sistem umum pada keluarga dibutuhkan untuk mengkaji proses pembiasaan dan interaksi dalam keluarga. Perspektif perkembangan dan sistem keluarga dibutuhkan untuk memberikan panduan dalam praktik karena analisis dari perspektif struktural-fungsional lebih condong menggambarkan kondisi keluarga yang tidak dinamis, sementara itu baik perspektif perkembangan maupun perspektif sistem umum mengatasi perkembangan yang terjadi sepanjang waktu dengan lebih baik. Selain itu, perspektif struktural fungsional

meminimalkan pentingnya pertumbuhan, perubahan dan ketidakseimbangan dalam keluarga, sementara teori sistem umum menjelaskan proses tersebut dengan lebih lengkap dan meyakinkan. Meskipun struktural fungsional memiliki beberapa kerancuan yang nyata ini, (dan kenyataannya, kemampuan menjelaskan perspektif ini dalam penelitian dan praktik dewasa ini telah berkurang), kita tetap perlu memahami relevansi struktural fungsional sebagai perspektif teoretis praktik keperawatan keluarga (Friedman, Bowden and Jones, 2010).

1.2 Perspektif Struktural-Fungsional

Perspektif struktural-fungsional merupakan kerangka acuan utama dalam bidang ilmu sosiologi (Leslie and Korman, 1989; Smith, 1995), terutama dalam area keluarga dan kedokteran. Lingkup penerapannya di keluarga sangat luas. Keluarga diasumsikan sebagai suatu sistem yang terbuka dan turunannya dalam masyarakat untuk berkembangbiak, bersosialisasi, dan kematangan karakter individu dewasa (Doherty *et al.*, 1993). Hubungan antara keluarga dan sistem sosial lainnya (contohnya sistem pelayanan kesehatan, sistem pendidikan, dan keluarga dalam sistem sosial yang lebih besar diteliti (Dickinson and Lemming, 1995). Sebuah deskripsi tentang struktur (dimensi organisasional) dan fungsi keluarga ditekankan sebagai sebuah kerangka yang teratur untuk melakukan pengkajian keperawatan keluarga (Friedman, Bowden and Jones, 2010).

Pendekatan struktural fungsional berasal dari cabang ilmu psikologi khususnya dalam antropologi sosial dan sosiologi. Pendekatan ini menekankan bahwa sesuatu harus menggambarkan keseluruhan dan bagian-bagiannya, dengan menggali hubungan antara keseluruhan dan bagian-bagiannya tersebut. Sejalan dengan kesamaan garis pemikiran, ahli antropologi sosial telah menyimpulkan bahwa seseorang tidak dapat memahami aspek kehidupan sosial tertentu terpisah dari lingkungan umumnya (Eshleman, 1974).

Perspektif ini menganalisis keluarga sebagai salah satu unsur sosial dalam komunitas yang memiliki fungsi sejalan dengan komunitasnya. Pada tahun 1950-an, para ahli teori (Parsons & Bales) menggambarkan suatu keserasian yang baik antara masyarakat dan keluarga, suatu fungsi dasar lembaga untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Dengan adanya perubahan masyarakat yang heterogen tersebut, gambaran yang harmonis dan stabil mengenai hubungan antara masyarakat dan keluarga telah berubah. Meskipun demikian, stabilitas dan urutan dalam sistem dipandang sebagai sesuatu yang alami dan diinginkan dalam struktur fungsional, sementara konflik dan gangguan dipandang sebagai penyimpangan dan disfungsional dalam sistem (Broderick, 1993). Ahli neofungsionalisme (ahli yang telah memodifikasi deskripsi teori Parsonian) telah menggabungkan ide konflik (pertentangan antara anggota keluarga) dan “pergerakan keseimbangan” atau perubahan ke dalam keluarga. Dengan menambah ide ini ke dalam struktural fungsional, beberapa keterbatasan teori menjadi berkurang (Kingsbury and Scanzoni, 1993).

Penerapan pendekatan struktural fungsional dalam keluarga umumnya lebih general, dengan memperhatikan bahwa keluarga merupakan segmen dari masyarakat. Dengan landasan tersebut perspektif ini dinilai sebagai primordial perspektif sistem (Broderick, 1993). Berikut adalah beberapa pandangan yang terbentuk (Leslie and Korman, 1989):

1. Sebuah keluarga merupakan sistem sosial yang berkebutuhan fungsional.
2. Sebuah keluarga merupakan kelompok yang mempunyai beberapa deskripsi umum tertentu yang lazim terdapat pada semua komunitas kecil
3. Keluarga berperan sebagai suatu sistem sosial dalam mencapai fungsi pelayanan baik individu maupun masyarakat
4. Seseorang bertindak laku menurut rangkaian norma serta nilai yang terinternalisasi dan yang dikuasai melalui sosialisasi.

Riset mengenai keluarga dengan pendekatan struktural fungsional membuktikan bahwa baik aspek ekonomi maupun teknologi merupakan penentu penting dalam struktur dan fungsi keluarga. Selain itu ideologi dan perubahan budaya yang terkait dengan individualisme, otonomi dan peran jenis kelamin sangat penting dalam memahami pengaturan dan dinamika struktur keluarga (Smith, 1995).

Perspektif ini sangat bermanfaat dalam mempelajari keluarga karena dapat dipelajari secara holistik, parsial, maupun interaksional (menjadi) sistem yang berinteraksi dengan lembaga lain, seperti sistem pendidikan dan kesehatan, kelompok referensi keluarga, dan masyarakat yang lebih luas). Mancini dan Orthner (1988), pendidik keluarga, mengingatkan tenaga profesional yang bekerja dengan keluarga bahwa baik perspektif mikro maupun makroskopik dibutuhkan jika bekerja dengan keluarga. Mereka menjelaskan bahwa “memahami keluarga” tidak hanya mengetahui tentang dinamika internalnya, tetapi juga mengetahui suatu hal tentang lingkungan umumnya, apakah itu nilai yang ada di masyarakat, kondisi ekonomi saat ini, atau dukungan pemerintah untuk keluarga”. Teori struktural fungsional menyediakan kedua perspektif ini (Friedman, Bowden and Jones, 2010).

Pendekatan struktural fungsional dipilih, bersamaan dengan pendekatan sistem umum dan pendekatan perkembangan, sebagai sebuah kerangka penyusun karena penggunaannya menyediakan perspektif yang komprehensif dan holistik untuk pengkajian. Inti sari keperawatan berpusat pada keluarga melibatkan pemahaman terhadap dinamika keluarga dan semua kekuatannya, baik internal maupun eksternal, yang mempengaruhi keperawatan keluarga tersebut. Untuk pemahaman ini, teori struktural-fungsional berfungsi sebagai sebuah kerangka pengatur, terutama dalam memandu pengkajian keluarga (E.Braine and Wray, 2016).

Nilai dan keyakinan kita sendiri terbentuk sejak mulai karir keperawatan kami bertahun-tahun yang lalu tetap kuat karena kami percaya tujuan dari keperawatan adalah untuk membantu anggota keluarga dalam mempertahankan dan mengoptimalkan tingkat kesehatan dan untuk meningkatkan kesehatan dan

kesejahteraan mereka. Keyakinan kami adalah bahwa kami tidak dapat memahami pasien tanpa memahami keluarga dan peran pasien dalam keluarga. Kami juga mengambil pandangan luas bahwa pengasuhan yang melibatkan penyediaan perawatan untuk anggota keluarga yang tergantung memiliki potensi nyata untuk meningkatkan pemulihan dan kesejahteraan pasien dan anggota keluarga. Membuat pemberdayaan hubungan antara pasien, perawat dan perawat memiliki kapasitas untuk perbedaan nyata dalam kehidupan orang-orang. Sebagai dukungan, kami berharap Anda, pembaca, juga akan mengunjungi kembali keyakinan dan nilai Anda sendiri sehubungan dengan mendukung keluarga dan pengasuh (E.Braine and Wray, 2016).

1.2.1 Konsep Struktur

Pendekatan struktural-fungsional menganalisis struktural keluarga karakteristik pengaturan bagian-bagiannya yang membentuk keseluruhan, dan fungsi yang dilakukan baik untuk masyarakat atau subsistemnya. Struktur keluarga ini menunjukkan aturan, unit-unit pengaturan, dan bagaimana unit-unit ini saling memengaruhi. Konsep struktur keluarga ini cukup bervariasi, dimana beberapa pendapat menekankan pada tipe bentuk keluarga (misalnya, keluarga inti versus extended family); tipe struktur kekuasaan; atau pola pernikahan (Eshleman, 1974). Cara lain memandang struktur keluarga adalah dengan mendeskripsikan subsistem sebagai dimensi struktural (Minuchin, 1974).

Dengan menganggap bahwa keluarga adalah jenis kelompok kecil khusus, dimensi struktural yang diidentifikasi merupakan hal yang relevan. Parad dan Caplan (1965) mengidentifikasi 4 dimensi struktural dasar dalam keluarga yang terdiri dari: 1) peran, 2) nilai, 3) proses komunikasi, dan 4) kekuasaan dan pengambilan keputusan. Unsur dimensi struktur tersebut berhubungan dan berinteraksi secara erat. Apabila sebagian aspek struktur keluarga terpengaruh oleh input dari lingkungan eksterna, maka proses input didalam keluarga akan mempengaruhi dimensi struktural lainnya. Keterikatan yang tinggi pada keluarga terlihat saat pemberi

asuhan mengobservasi tingkah laku tertentu dalam keluarga dimana seringkali menjadi penentu kekuatan atau kelemahan pada sebagian atau seluruh unsur keluarga.

1.2.2 Konsep Fungsi

Struktur keluarga melahirkan fungsi keluarga, yang berorientasi reproduksi dan atau melatih anggota baru tersebut menjadi bagian dari masyarakat. Fungsi yang dijalankan keluarga mengalami perubahan seiring dengan berjalannya waktu sebagai respon terhadap perubahan sosial ekonomi. Industrialisasi, urbanisasi, dan kemajuan teknologi sangat mempengaruhi keluarga berikut fungsinya. Hubungan erat antar fungsi keluarga terjadi saat mengkaji dan melakukan intervensi dengan keluarga (Kingsbury and Scanzoni, 1993), yang meliputi:

1. Fungsi afektif atau fungsi mempertahankan kepribadian. Fungsi ini menstabilkan kepribadian orang dewasa, dan memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.
2. Fungsi sosialisasi & status sosial. Fungsi ini membantu sosialisasi primer anak yang bertujuan membentuk anak yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.
3. Fungsi reproduksi, mempertahankan keberlangsungan keluarga dan masyarakat.
4. Fungsi ekonomi, memastikan sumber ekonomi yang cukup dan alokasinya yang efektif.
5. Fungsi perawatan kesehatan, memungkinkan pemenuhan kebutuhan fisik seperti makanan, pakaian, tempat tinggal dan pelayanan kesehatan.

1.3 Perspektif Perkembangan Keluarga

Perspektif perkembangan keluarga didasarkan pada pengamatan bahwa keluarga adalah kelompok seumur hidup dengan riwayat yang harus dikaji jika dinamika kelompok akan diinterpretasikan secara menyeluruh dan akurat (Duvall and Miller, 1985). Meskipun setiap keluarga melalui setiap tahap perkembangan keluarga dengan cara yang unik, semua keluarga

dianggap sebagai contoh suatu pola normative menyeluruh (Rodgers, 1973).

Perkembangan keluarga memberikan pespektif perubahan sementara untuk mempelajari keluarga. Waktu diukur dalam minggu dan tahun. Teori ini menjelaskan kehidupan keluarga dalam waktu yang dibagi menjadi suatu rangkaian tahapan. Tahap keluarga adalah suatu interval waktu dengan struktur dan interaksi hubungan peran dalam keluarga yang berbeda secara kualitatif dan kuantitatif dari periode lain (Klein and White, 1996). Transisi keluarga merupakan perpindahan dari satu tahap ke tahap lain dan dapat ditinjau sepanjang waktu karena terdiri dari bagian-bagian yang diambil atau tidak diambil. Tahap keluarga berentang waktu yang cukup besar dan meskipun transisi menghubungkan antar tahapan, terdapat pemutusan hubungan sehingga setiap tahap memiliki ciri berbeda.

Tahapan perkembangan keluarga terbentuk berdasarkan asumsi bahwa dalam keluarga terdapat saling ketergantungan yang sangat tinggi antar anggota keluarga. Mereka dituntut untuk berubah jika anggota keluarga bertambah atau berkurang, atau setiap saat jika tahapan perkembangan anak tertua berubah. Misalnya, dalam perubahan peran, penyesuaian terhadap pernikahan, kehamilan, dan disiplin telah terbukti berubah dari tahap ke tahap (Klein and White, 1996). Keluarga berperan dalam satu jenis struktur ketika anak masih bayi atau berusia pra sekolah, struktur lainnya pada saat orang tua memasuki kehidupan terbaik dan anak-anak mencapai masa remaja, serta akhirnya ketika anak dewasa, menikah, dan memiliki jalan hidup mereka sendiri. Rodgers (1973) menguraikan perubahan sebagai berikut: *Struktur kelompok berubah selama perjalanan hidup kelompok tersebut. Karena anggota berinteraksi satu sama lain melalui berbagai macam kejadian di dalam kelompok, sebuah paket pembelajaran dan pembagian pengalaman secara menyeluruh terbentuk dan akan menjadi panutan untuk interaksi selanjutnya. Walaupun sebagian besar pengalaman ini bersifat unik, sangat banyak diantaranya yang berhubungan dengan isu-isu normal dan tidak terhindarkan yang muncul dalam kehidupan bersama. Pasangan yang baru saja*

menikah harus membuat sebuah hubungan yang saling memuaskan mengenai berbagai hal. Akan tetapi setelah mapan, hubungan tidak tetap konstan tetapi berubah sebagian atau mungkin berubah secara dramatis karena peristiwa selanjutnya yang dapat terjadi di dalam atau di luar keluarga. Banyak peristiwa yang terjadi telah diantisipasi dan dipersiapkan, sementara banyak juga peristiwa lain yang tidak diperkirakan-walaupun tidak khusus terjadi pada keluarga tersebut. Dengan demikian, walaupun setiap riwayat keluarga adalah unik, riwayat tersebut juga sering terjadi. Selain itu, riwayat keluarga memiliki kualitas tertentu yang tak terelakkan meskipun tidak perlu secara tepat memprediksikan waktu atau lingkungan. Pendekatan perkembangan tidak mempelajari dinamika keluarga dalam hal elemen yang unik, namun dalam hal kualitas umum pengalaman keluarga sepanjang riwayatnya. Terdapat lebih banyak peristiwa yang umum daripada peristiwa unik.

Perspektif perkembangan keluarga bersifat elektif, karena didapatkan dari konsep yang berasal dari teori perkembangan dan pertumbuhan individu dan dari pandangan berbeda dalam telaah keluarga. Peran perkembangan keluarga tampak pada interaksi simbolik, struktural fungsional, sosialisasi kerja dan profesi, sistem, krisis, dan stress kehidupan keluarga (Mattessicht and Hill, 1987).

Asumsi dasar perkembangan keluarga menurut Aldous (1966) adalah:

1. Perilaku keluarga merupakan kumpulan pengalaman anggota keluarga tentang yang terjadi pada saat ini dan masa depan.
2. Adanya perkembangan dan perubahan yang terjadi berkali-kali pada keluarga terbentuk dengan cara yang mirip dan tetap.
3. Keluarga berikut anggota keluarganya melaksanakan suatu tugas dalam waktu tertentu.

Pandangan perkembangan keluarga berdasarkan pada gambaran umum kehidupan keluarga dan tidak ditujukan untuk stresor situasional atau non-normatif (peristiwa yang tidak biasa), serta dapat dianalisis karena asumsi dan homogenitasnya. Terdapat

bias pada keluarga kelas menengah karena perspektif ini mengasumsikan stabilitas dalam masing-masing tahap, dan kurang menjelaskan proses yang terjadi antara tahap yang dapat menyebabkan perubahan dalam keluarga. Meskipun demikian, penggunaan pendekatan ini dalam pengkajian dan intervensi sangat membantu, karena kerangkanya memungkinkan pelayanan kesehatan keluarga yang profesional dengan cara membuat persiapan terhadap apa yang diharapkan dan layanan edukasi konseling apa yang dibutuhkan.

Pandangan ini memperbaiki pemahaman bahwa keluarga pada posisi berbeda dalam siklus kehidupan mereka dan menghasilkan gambaran yang unik dalam keluarga di sepanjang tahap yang berbeda (Duvall and Miller, 1985). Disamping itu, tahap perkembangan, tugas keluarga sesuai tahap, dan pelayanan kesehatan keluarga yang profesional, dapat diberikan dengan panduan untuk mempelajari kebutuhan keluarga dan promosi kesehatan. Pemberi perawatan keluarga diharapkan mampu menyediakan dukungan yang dibutuhkan untuk kelancaran perkembangan dari satu tahap ke tahap lainnya.

1.4 Perspektif Sistem Umum

Dalam pendekatan sistem umum, beberapa prinsip universal tertentu diterapkan pada semua jenis kelompok kejadian. Dengan demikian, teori sistem dapat diterapkan di berbagai disiplin dan undang-undang universal berguna dalam bekerja dengan berbagai jenis sistem yang kompleks dan terorganisir (Lee and Lancaster, 1988; Witchurch and Constantine, 1993).

Perspektif sistem umum berperan sebagai payung yang berada di bawah perspektif teoretis dalam rentang yang beragam dan lebih menengah dalam memandang perilaku manusia, baik perilaku individu, keluarga, maupun keseluruhan komunitas. Pandangan ini menjelaskan cara sebuah unit seperti keluarga dalam berhubungan dan berinteraksi dengan sistem lainnya. Pendekatan ini adalah pandangan organisasional yang berfokus pada penelitian dan penguraian tentang cara bagaimana beberapa hal saling

berhubungan secara bersama-sama dan bukan berfokus pada tindakan menganalisis (Braden, 1984). Perspektif ini menjelaskan bagaimana setiap variabel berbeda mempengaruhi keseluruhan dan bagaimana keseluruhan mempengaruhi setiap bagian.

Perubahan dalam pola pikir dari mekanistik (teori yang berorientasi pada hasil) menjadi holistik (teori yang berorientasi pada proses), merupakan bagian dari revolusi sistem (Hartman and Laird, 1983). Sistem umum memungkinkan tenaga profesional dalam asuhan kesehatan memanfaatkan perubahan ini dalam area kerja sebaik mungkin. Perspektif ini memberikan konsep dan kerangka berpikir dalam hal fakta dan kejadian dalam konteks keseluruhan "*memandang dunia dalam hal seperangkat kumpulan hubungan yang terdiri dari tinjauan sistem*" (Lazlo, 1972). Dengan menggunakan kerangka sistem yaitu organisasi pengetahuan yang berfokus pada fenomena khusus mengenai minat sebagai suatu sistem yang kompleks-berfokus pada interaksi diantara berbagai elemen sistem dan bukan pada fungsi bagian sendiri (Buckley, 1967; Bertalanffy, 1993).

1.4.1 Paradigma Holistik

Paradigma sistem umum yang holistik melihat keseluruhan sistem seperti individu atau keluarga dengan menghormati saling keterikatannya bukan keterpisahannya. Cara pandang ini menyatakan konsep kausalitas sirkuler, contohnya dari sebuah perspektif sistem: infeksi pada manusia dinyatakan sebagai ketidakseimbangan dalam interaksi manusia dengan lingkungannya-tempat faktor pejamu (manusia) mempengaruhi agen infeksi dan demikian juga agen infeksi mempengaruhi pejamu. Dengan menggunakan pendekatan holistik, suatu sistem harus dipahami sebagai suatu keseluruhan dan tidak dapat dipahami dengan memeriksa sistem dalam bagian-bagian tersendiri dan dalam interaksi yang terisolasi dari satu sama lain (Witchurch and Constantine, 1993).

Pendekatan sistem umum von Bertalanffy dimasukkan ke dalam pemikiran teori keperawatan dan literatur dimana model

keperawatan Roger dan model sistem terapi keluarga menjadi contoh dari pengaruh ini. Dalam perkembangan yang lebih modern, perspektif dan paradigma teoretis sistem telah diterima secara luas dan dimanfaatkan dalam pendidikan keperawatan, terutama dalam keperawatan keluarga (Richards and Lansherry, 1995).

Kegunaan perspektif sistem umum ditemukan dalam kesatuan luas dari disiplin ilmu yang berhubungan dengan kesehatan. Di bidang pengobatan, pendekatan sistem umum mengaktivasi perkembangan pengobatan keluarga; dalam psikologi keluarga dan pekerjaan sosial, pendekatan ini memunculkan perspektif ekologis yang berfokus terutama pada keseimbangan adaptif yang berada diantara sistem kehidupan dan lingkungan mereka (Hartman and Laird, 1983).

1.4.2 Pendekatan Terkait Sistem Umum: Sibernetika dan Komunikasi

Turunan dari sistem umum -yang beraliran tengah dan telah memperbaiki praktik yang berpusat pada keluarga berupa sibernetika dan proses komunikasi keluarga. Sibernetika adalah ilmu yang berkenaan dengan ilmu komunikasi dan kontrol. Pendekatan sibernetika berfokus pada proses informasi dan cara mekanisme umpan balik beroperasi dalam mengontrol sistem yang sederhana maupun yang kompleks. Sibernetika menjelaskan bagaimana sistem mempertahankan stabilitasnya melalui mekanisme umpan balik koreksi diri. Sistem dapat melakukan koreksi diri dengan memasukkan kembali hasil kinerja masa lalu ke dalam fungsi terbaru (Goldenberg and Goldenberg, 2000). Dengan berfokus pada hal ini, cara untuk mengubah kinerja masa depan dapat dilakukan dengan memodifikasi informasi umpan balik (strategi yang digunakan dalam konseling keluarga). Terkait pola organisasi, baik komponen maupun keseluruhan bagian diperiksa dalam sibernetika.

Sistem sibernetika dan umum memberikan landasan teoretis pada pendekatan komunikasi keluarga (Bateson, 1979). Sebagai dampaknya, terapis keluarga di era modern sebagian besar

menggunakan istilah-istilah pengkajian dan intervensi dalam asuhan keperawatan keluarga.

1.4.3 Hubungan antara Perspektif Struktural-Fungsional dengan Perspektif Sistem

Dalam hubungannya dengan keluarga, persamaan yang tampak antara perspektif struktural-fungsional dengan sistem umum terdapat pada pernyataan tentang interaksi keluarga dengan lingkungan dalam dan luar keluarga serta kajian konteksnya. Pendekatan sistem umum mencirikan keluarga dan sistem lainnya sebagai sesuatu yang mengandung struktur dan fungsi, sementara dalam struktural-fungsional, dua konsep ini menyajikan tujuan utama dari teori dengan penekanan yang lebih dibandingkan pendekatan sistem umum. Kedua pendekatan membahas tentang adaptasi, dimana dalam struktural-fungsional menekankan pada kecenderungan ke arah ekuilibrium, sedangkan dalam sistem umum menekankan keseimbangan antara ekuilibrium (stabilitas) dan perubahan dalam analisisnya.

Sistem umum diturunkan dari paradigma holistik, dengan kausalitas (sebab akibat) sirkular dan lingkaran umpan baliknya merupakan elemen yang penting. Perspektif struktural-fungsional yang menampung beberapa asumsi teori tersebut, cenderung berulang menjadi semakin menganalisis bagian dan merupakan kausatif linier, serta memiliki sudut pandang keluarga yang lebih statis.

Banyak pendekatan tentang aspek keluarga yang diturunkan dalam kerangka struktural-fungsional yang berbicara secara teknis, dan merupakan bentuk terawal dari pendekatan sistem (Broderick, 1993). Kedua pendekatan menyebar dan mengumpul pada titik tertentu, dan keduanya berguna dalam mengidentifikasi dan menggambarkan pentingnya area-area isi, menjelaskan perilaku keluarga, dan memberikan panduan dalam praktik asuhan keperawatan keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- Bateson, G. 1979. *Mind and Nature*. New York: Bantam Books.
- Bertalanffy, L. Von. 1993. *General Systems Theory*. New York: George Braziller.
- Braden, C. J. 1984. *The Focus and Limits of Community Health Nursing*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Broderick, C. B. 1993. *Understanding Family Process: Basics of Family Systems Theory*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Buckley, W. 1967. *Sociology, and modern systems theory*. Englewoods Cliffs: Prentice Hall.
- Dickinson, G. E. and Lemming, M. R. 1995. *Understanding families. Diversity, continuity, and changes*. 2nd edn. Fort Worth: TX: Harcourt Brace College.
- Doherty, W. J. et al. 1993. *Family Theories and Methods: a Contextual Approach*. New York: Plenum.
- Duvall, E. M. and Miller, B. L. 1985. *Marriage and Family Development*. 6th edn. New York: Harper & Row.
- E.Braine, M. and Wray, J. 2016. *Supporting Families & Carers: A Nursing Perspective*, CRC Press Taylor & Francis Group. New York: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Eshleman, J. K. 1974. *The Family: an Introduction*. Boston: Allyn & Bacon.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R. and Jones, E. G. (2010) *Keperawatan Keluarga: Riset Teori, & Praktik*. 5th edn. Edited by E. Tiar. Jakarta: EGC.
- Goldenberg, L. and Goldenberg, H. 2000. *Family Therapy: An Overview*. Belmont: CA: Wadsworth.
- Hartman, A. and Laird, J. 1983. *Family-centered social work practice*. New York: Free Press.
- Kingsbury, N. and Scanzoni, J. 1993. *Structuralfunctional-ism*. New York: Plenum Press.
- Klein, D. M. and White, J. M. 1996. *Family Theories: An Introduction*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Lazlo, E. 1972. *The Systems View of The World*. New York: George Braziller.

- Lee, G. and Lancaster, J. 1988. *Conceptual Models for Community Health Nursing*. 2nd edn. St.Louis: Mosby.
- Leslie, G. R. and Korman, S. 1989. *The Family in Social Context*. 7th edn. Edited by O. U. Press. New York.
- Mattessicht, P. and Hill, R. 1987. *Lifecycle and Family Developmental*. New York: Plenum Press.
- Minuchin, S. 1974. *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Richards, E. and Lansherry, C. R. 1995. A National Survey of Graduate Family Nursing Educators', *Journal of Family Nursing*, 1(4), pp. 382–396.
- Rodgers, R. H. (1973) *Family Interaction and Transaction: The Development Approach*. Englewoods Cliffs: Prentice Hall.
- Smith, S. 1995. *Family Theory and Multicultural Family Studies In B.B Ingoldsby & S.Smith (Eds), Families in Cultural Perspective*. New York: Guildford Press.
- Witchurch, G. and Constantine, L. 1993. *Systems Theory*. New York: Plenum Press.

BAB 2

KONSEP KELUARGA

Oleh Yunita Liana

2.1 Pendahuluan

Keluarga merupakan salah satu aspek terpenting dalam perawatan. Keluarga adalah bagian dari komunitas dan merupakan titik tolak strategi pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal. Keluarga terdiri dari individu - individu yang secara teratur bertemu dan berinteraksi satu sama lain, yang diwujudkan dalam adanya saling ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan bersama, hal ini disebut dengan sistem sosial (Andarmoyo, 2012). Tujuan keperawatan komunitas keluarga dimulai dari individu, kemudian keluarga, kelompok, dan masyarakat. Tujuan pelayanan keperawatan komunitas yaitu untuk mewujudkan komunitas kesehatan yang mandiri (Erta, 2019)

Salah satu kunci terpenting dalam pembangunan kesehatan masyarakat adalah kesehatan keluarga karena keluarga merupakan bagian dari komunitas yang dapat menyebabkan, mencegah, mengabaikan, atau mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga. Selain itu, keluarga terus memainkan peran penting dalam menjaga kesehatan anggotanya. Dengan demikian, keluarga merupakan penentu kesehatan dan penyakit anggota keluarga, yang dapat mempengaruhi terjadinya berbagai masalah kesehatan di antara anggota keluarga (Zulfitri, 2003). Bab ini memperkenalkan konsep keluarga, sehingga konsep tersebut diharapkan dapat dipahami secara teoritis untuk mendukung pelayanan asuhan keluarga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

2.2. Definisi Keluarga

Ada beberapa pengertian keluarga, antara lain; Pengertian secara tradisional tentang keluarga, yaitu keluarga yang terdiri dari

dua orang atau lebih, salah satunya adalah kepala keluarga, yang mempunyai hubungan keturunan, perkawinan, atau adopsi, dan yang bertempat tinggal atau bertempat tinggal yang sama (U.S. Census Bureau, 2005). Keluarga adalah individu yang mempunyai hubungan resmi, seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian, hubungan sosial dan psikologis (Siti Nur Kholifah, 2016).

Menurut Friedman (2003), keluarga terdiri dari dua orang atau lebih yang terikat oleh kesatuan emosional dan keintiman dan yang melihat diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Safruddin, 2021). Keluarga adalah bagian dari komunitas, yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terhimpun dan bertempat tinggal di bawah satu atap dan saling bergantung (Kemenkes RI, 2021)

Keluarga merupakan bagian terkecil dari komunitas, meliputi suami, istri dan/atau suami, istri dan anak, atau ayah dan anak, atau ibu dan anak. Anak laki-laki yang dimaksud dalam pengertian ini adalah anak laki-laki yang belum menikah. Apabila seorang anak menikah dan tinggal bersama suami/istri atau anak-anaknya, maka anak tersebut dapat menjadi keluarga (keluarga lain/keluarga baru) sendiri (Undang Undang Republik Indonesia No 52 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, 2009)

2.3 Tipe Tipe Keluarga

Pembagian tipe keluarga (Friedman, 2010) adalah :

1. Keluarga Tradisional

- a. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak kandung serta anak angkat yang tinggal bersama dalam satu rumah. Bentuk-bentuk keluarga inti meliputi:
 - 1) Keluarga tanpa anak (keluarga dua orang) adalah keluarga suami istri (tanpa anak) yang tinggal bersama dalam satu rumah.
 - 2) Keluarga tanpa anak adalah keluarga yang tidak memiliki anak karena terlambat menikah dan terlambat

memiliki anak karena melakukan karir/pendidikan seperti yang terjadi pada perempuan.

- 3) Keluarga angkat adalah keluarga yang secara hukum memikul tanggung jawab orang tua kandung terhadap keluarga yang akan mempunyai anak.
- b. Keluarga besar adalah keluarga yang meliputi tiga keturunan yang tinggal bersama-sama satu rumah, misalnya keluarga inti dengan paman, bibi, kakek, dan nenek.
 - c. Keluarga orang tua tunggal adalah keluarga yang dibentuk oleh salah satu orang tua dengan anak-anak. Hal ini terjadi akibat perceraian, kematian atau penelantaran (perkawinan tidak sah).
 - d. *Travelling family*, yaitu suami dan istri bekerja dan tinggal dalam tempat atau kota yang berbeda, tetapi salah satu kota sebagai domisili dan merupakan tempat bertemu pada akhir pekan dengan anggota keluarga, bulan atau pada saat-saat tertentu.
 - e. Keluarga *multigenerasi* adalah keluarga yang terdiri dari beberapa generasi atau usia yang hidup bersama dalam satu tempat tinggal.
 - f. Keluarga jaringan, artinya lebih dari satu keluarga inti yang hidup bersama di tempat tinggal yang sama dan sangat berdekatan serta berbagi barang atau jasa yang sama. Contohnya seperti toilet, dapur, alat elektronik dan lain sebagainya.
 - g. Keluarga campuran adalah janda atau duda (karena perceraian) yang kawin lagi dan mengasuh anak dari hasil pernikahan atau perkawinan sebelumnya.
 - h. Orang dewasa lajang yang tinggal sendiri adalah keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang sebagai akibat dari keputusan atau perpisahan mereka.
 - i. *Foster family*, adalah keluarga yang mengadopsi anak yang tidak ada ikatan darah/keluarga pada kurun waktu tertentu, anak yang diadopsi akan kembali kepada keluarga aslinya apabila orang tua kandung menginginkan anaknya kembali.

- j. Keluarga binuklir adalah jenis keluarga pasca-perceraian dimana masing masing pasangan memiliki anak dan pada keluarga ini terdiri dari dua rumah tangga inti.

2. Keluarga Non-Tradisional

- a. *The unmarried teenage mother* atau Ibu remaja tunggal adalah keluarga yang meliputi orang yaitu ibu dengan anak yang diperoleh di luar dari pernikahan.
- b. Keluarga tiri adalah keluarga dengan orang tua tiri.
- c. *Commune family* atau Keluarga masyarakat atau banyak keluarga (dengan anak-anak) tanpa hubungan saudara kandung yang tinggal di rumah yang sama, dengan sumber daya, fasilitas dan pengalaman yang sama; dan sosialisasi anak melalui kegiatan *co-parenting*.
- d. *Kohabitasi heteroseksual* (kohabitasi heteroseksual non-nikah), keluarga tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan berganti pasangan.
- e. Keluarga *gay* dan *lesbian*, artinya seseorang yang berbagi kehidupan seks yang sama sebagai 'pasangan'.
- f. Keluarga kumpul kebo adalah orang dewasa yang karena alasan tertentu hidup bersama di luar hubungan perkawinan.
- g. Keluarga nikah kelompok, yaitu lebih dari satu pasang orang dewasa yang berbagi peralatan rumah tangga dan seperti ada ikatan pernikahan, saling berbagi, termasuk seksualitas dan pengasuhan anak-anak.
- h. Kelompok jaringan keluarga, keluarga inti yang terikat oleh peraturan, hidup berdampingan dan berbagi peralatan rumah tangga, memberikan hak dan kewajiban atas pengasuhan anak.
- i. *Foster family*, adalah keluarga yang mengadopsi anak yang tidak ada ikatan darah/keluarga pada kurun waktu tertentu, anak yang diadopsi akan kembali kepada keluarga aslinya apabila orang tua kandung menginginkan anaknya kembali.
- j. *Homeless family* atau keluarga tunawisma adalah keluarga terbina sebagai akibat dari krisis pribadi yang

berkaitan dengan kondisi ekonomi dan/atau masalah kesehatan mental dan kurangnya perlindungan permanen.

- k. Geng, bentuk keluarga destruktif yang terdiri dari anak muda yang terikat hubungan emosional dan keluarga dengan penuh kasih, berkembang pesat dalam kekerasan dan kejahatan dalam hidup mereka.

2.4 Struktur Keluarga

Pengkajian struktur keluarga terdiri dari (Friedman, 2010) :

1. Pola & komunikasi keluarga.

Merupakan cara komunikasi yang dilakukan natar anggota keluarga, sistem komunikasi yg dipakai, seberapa efektif komunikasi yang dilakukan pada keluarga.

2. Struktur kekuatan keluarga.

Kemampuan keluarga dalam mengendalikan & mempengaruhi orang lain atau anggota keluarga agar terjadi perubahan sikap dan perilaku. Sistem kekuatan yg dipakai pada pengambilan keputusan, yg berperan dalam pengambilan keputusan dan urgensi keputusan yang telah dan akan diambil.

3. Struktur peran

Mengkaji struktur peran dalam keluarga, terdiri dari :

- a) Struktur peran formal

1. Deskripsi posisi dan peran formal yang diemban masing masing dan keluarga yang berperan.
2. Apakah keluarga memiliki konflik peran, bagaimana peran diterima dan sesuai dengan harapan keluarga?
3. Bagaimana keluarga peranannya dengan baik.
4. Seberapa fleksibel peran tersebut saat diperlukan?

b) Struktur peran informal.

Terdiri dari :

1. Peran informal dan peran yang tidak jelas yang ada dalam keluarga, serta siapa yang memainkan peran tersebut dan berapa kali peran tersebut sering dilakukan secara konsisten.
2. mengidentifikasi tujuan peran informal yang dilakukan, apakah ada peran disfungsi dan apa dampaknya terhadap anggota keluarga.

4. Analisa model peran.

Meliputi :

- a) Siapakah model yang dapat mempengaruhi keluarga sejak dini dengan mengomunikasikan emosi dan nilai melalui pengembangan, peran, dan keterampilan komunikasi?
- b) Siapa yang secara khusus menjadi panutan bagi pasangan dan orang tua?

5. Variabel - variabel yang mempengaruhi struktur peran.

Meliputi :

- a) Dampak kelas sosial: apakah struktur peran formal dan informal keluarga dipengaruhi oleh latar belakang sosial?
- b) Struktur peran yang dipengaruhi oleh budaya.
- c) Struktur peran yang dipengaruhi oleh tahap perkembangan keluarga.
- d) Struktur peran yang dipengaruhi oleh masalah kesehatan keluarga.

Nilai keluarga Inilah yang harus dicari dalam struktur nilai keluarga (Friedman, 2010) :

- a) Penggunaan nilai-nilai penting pada keluarga.
- b) Konsistensi antara nilai yang ada pada keluarga dengan komunitas sekitar.
- c) Mencocokkan nilai keluarga dengan nilai subsistem keluarga.
- d) Mengidentifikasi seberapa besar keluarga menghargai nilai yang ada pada keluarga dan kesadaran dalam mengadopsinya.

- e) Mengidentifikasi masalah nilai yang signifikan pada keluarga.
- f) Dampak status sosial, latar belakang budaya dan perkembangan keluarga terhadap nilai-nilai yang ada pada keluarga.
- g) Kesehatan keluarga yang dipengaruhi oleh nilai-nilai yang ada pada keluarga.

2.5 Fungsi Keluarga

Pengkajian Fungsi keluarga (Friedman, 2010) terdiri dari :

a. Fungsi Afektif

Pengkajian fungsi afektif meliputi :

1. Pola kebutuhan keluarga.
 - a) Seberapa baik keluarga menyadari kebutuhan keluarga dan bagaimana orang tua dapat menjelaskan kebutuhan keluarga.
 - b) Sejauh mana keluarga menghormati kebutuhan dan keinginan setiap keluarga.
2. Saling menjaga keharmonisan anggota keluarga
 - a) Bagaimana merawat dan mendukung keluarga satu sama lain.
 - b) Sejauh mana keluarga memiliki perasaan saling mengasihi satu sama lain dan bentuk kasih sayang yang ditunjukkan keluarga.
 - c) Perpisahan dan keterikatan keluarga, yaitu sejauh mana keluarga menyikapi masalah perpisahan dan keterikatan, dan sejauh mana keluarga menjaga keutuhan keluarga sehingga terbentuk ikatan dalam keluarga.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi keluarga untuk menyampaikan nilai-nilai yang ada dalam keluarga kepada keluarga yang memilikinya. Keluarga menginginkan adanya jaminan perlindungan sehingga dapat memasuki lingkungan sosial di sekitarnya. Fungsi sosialisasi dimulai

dengan kelahiran dan diakhiri dengan kematian. Sosialisasi fungsional adalah proses seumur hidup yang secara konstan mengubah perilaku sebagai respons terhadap situasi yang terbentuk secara sosial yang dialami individu. Fungsi sosialisasi meliputi komunikasi melalui semua proses keluarga, atau pengalaman hidup yang bermakna yang tersusun dari unsur-unsur sifat yang terbentuk secara sosial. (Junaiti Sahar ; Agus Setiawan ; Ni Made Riasmini, 2019)

Mengkaji fungsi sosialisasi, termasuk didalamnya adalah mendidik dan mengasuh anak-anak, mengontrol perilaku anak sesuai dengan usianya, memberikan kasih sayang dan hak otonomi anak serta keterikatan hubungan dengan keluarga.

- a. Bertanggung jawab dalam pengasuhan anak.
- b. Menghargai anak dalam keluarga
- c. Pola asuh yang dipengaruhi oleh keyakinan dan budaya keluarga.
- d. Faktor yang berhubungan dengan pola asuh anak.
- e. Mengkaji apakah keluarga berisiko tinggi mengalami masalah pengasuhan anak.
- f. Seberapa cocok lingkungan rumah untuk perkembangan anak?

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga bukan hanya sebagai fungsi esensial dan dasar keluarga. Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah melibatkan anggota keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit atau mengalami masalah kesehatan. (Junaiti Sahar ; Agus Setiawan ; Ni Made Riasmini, 2019).

Pengkajian fungsi perawatan kesehatan, meliputi:

1. Seberapa sadar akan masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga
 - a. Keyakinan, nilai dan perilaku tentang pelayanan kesehatan.

- b. Pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit keluarga.
 - c. Tingkat kesadaran keluarga terhadap gejala atau perubahan signifikan yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang ada.
 - d. Sumber informasi kesehatan yang diterima.
2. Kemampuan keluarga untuk menggunakan fasilitas kesehatan.
 3. Kemampuan keluarga untuk membuat keputusan.
 4. Kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit.
 5. Kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi keluarga adalah keluarga memperoleh sumber pendapatan, mengatur penggunaan pendapatan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga, dan menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga masa depan. adalah. Ibu memiliki pekerjaan mengasuh anaknya (BKKBN, 2011). Fungsi keuangan keluarga termasuk menyediakan keluarga dengan sumber daya, ekonomi, perumahan, dan persediaan yang cukup. Sumber daya keuangan keluarga terkait dengan kemampuan keluarga untuk menyediakan sumber daya yang tepat dan berguna untuk memenuhi kebutuhan berbagai keluarga. Misalnya sandang, pangan, papan, dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Penghasilan keluarga merupakan hal yang penting dan harus ada dalam keluarga. Fungsi ekonomi keluarga juga berkaitan dengan dana tabungan, asuransi pola konsumsi keluarga, pengelolaan keuangan, penyediaan perumahan dan dana pensiun. Fungsi ekonomi juga berkaitan dengan bagaimana keluarga mengelola keuangannya. Fungsi ekonomi keluarga juga dapat memberikan perspektif yang lebih baik terhadap berbagai nilai ekonomi keluarga (Stanhope & Lancaster, 2012).

e. Fungsi Reproduksi

Fungsi primer keluarga adalah fungsi reproduksi hal ini menjadi salah satu alasan keberadaan sebuah keluarga. Tujuan dari fungsi reproduksi adalah untuk melanjutkan garis keturunan, memelihara dan mengasuh anak, serta merawat anggota keluarga. Melalui ikatan pernikahan akan membentuk sebuah keluarga dengan tujuan untuk mengontrol perilaku seksual dan reproduksi. Memberikan anggota keluarga kepada masyarakat adalah sebuah bentuk jaminan keberlangsungan antar generasi keluarga dan masyarakat dimana ini merupakan fungsi reproduksi keluarga. Suatu populasi akan berkembang dengan pesat dan berlanjut melalui pola dan tingkat reproduksi. Dalam sebuah keluarga akan membentuk struktur tradisional hal ini melibatkan terjadinya proses reproduksi (Junaiti Sahar ; Agus Setiawan ; Ni Made Riasmini, 2019).

2.6 Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan kerangka model yang mengasumsikan bahwa keluarga akan berkembang melalui pengalaman dan transisi peran yang dialaminya selama tahap perkembangan. Prinsip-prinsip yang digunakan untuk melihat perkembangan keluarga dapat dilihat melalui tugas-tugas perkembangan keluarga yang dapat dilihat melalui tugas-tugas perkembangan keluarga. Misi perkembangan keluarga harus dipenuhi pada semua tahap perkembangannya. Evolusi ini mempengaruhi banyak hal karena keluarga sebagai suatu sistem berkembang ke tingkat fungsi yang lebih tinggi. Keluarga harus mampu melakukan tugas-tugas perkembangan pada semua tahap transisi perkembangan keluarga. Keluarga akan mampu memenuhi tugas perkembangan yang harus diselesaikannya dengan pemahaman terhadap tugas perkembangan keluarga.

a. Keluarga Pemula atau Pasangan Baru

Perkawinan dua pasangan laki-laki dan perempuan menandai awal dari keluarga baru yang menikah atau reproduktif dan transisi dari keluarga asli atau status lajang ke hubungan intim baru. Saat ini tahap pernikahan dan pasangan sudah terlambat. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah:

1. Membentuk pernikahan harmonis.
2. Menjalin hubungan persaudaraan yang baik.
3. Merencanakan keluarga.

b. Keluarga Menanti Kelahiran Anak

Tahap perkembangan keluarga dimulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut hingga bayi berusia 30 bulan. Adapun tugas tugas perkembangan keluarga ini adalah :

1. Membentuk keluarga muda sebagai unit permanen (integrasi bayi baru lahir ke dalam keluarga).
2. Menyeleraskan tugas perkembangan yang berlawanan dengan kebutuhan keluarga.
3. Menjaga ikatan pernikahan yang harmonis.
4. Menjaga silaturahmi dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua dan kakek-nenek.

c. Keluarga dengan Anak Usia Prasekolah

Keluarga dengan anak usia 2,5 tahun dimana pada keluarga ini memulai tahap perkembangan keluarga dengan anak usia prasekolah. Ini adalah tahun anak pertama dan ketika anak tersebut telah berusia 5 tahun makas tahap perkembangan ini berakhir. Saat ini, satu keluarga dapat terdiri dari 3-5 orang dengan posisi suami, ayah, istri, ibu, anak laki-laki saudara laki-laki, anak perempuan saudara perempuan. Keluarga menjadi lebih beragam (Duval EM; Miller BC, 1985). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

1. Memenuhi keperluan keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan.
2. Berinteraksi dengan anak-anak.
3. Mengintegrasikan anak bayi sekaligus memenuhi keperluan anak-anak lainnya.

4. Menjaga interaksi harmonis di dalam keluarga dan di luar keluarga.

d. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah

Tahap perkembangan keluarga dimulai ketika anak pertama berumur 6 tahun, masuk sekolah dasar, dan berakhir pada awal pubertas, 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

1. Berinteraksi dengan anak-anak dengan meningkatkan prestasi akademik mereka dan membangun hubungan yang sehat dengan teman sebayanya.
2. Menjaga ikatan pernikahan yang harmonis.
3. Melaksanakan pemenuhan terhadap kebutuhan kesehatan fisik keluarga.

e. Keluarga dengan Anak Remaja

Siklus kehidupan ini dimulai dari anak pertama berumur 13 tahun. Tahapan ini berlangsung hingga 6 atau 7 tahun, tetapi dapat dipersingkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal dan lebih lama jika anak berada di rumah sampai usia 19 atau 20 tahun. Tugas pengembangan pada fase ini meliputi :

1. Menyelaraskan hak dan kewajiban sebagai orang muda dewasa untuk menjadi mandiri.
2. Menjaga keharmonisan perkawinan.
3. Menjalin komunikasi antara orang tua dan anak-anak.

f. Keluarga Yang Melepaskan Anak Usia Dewasa Muda

Awal tahap kehidupan keluarga ini disebut “sarang kosong” karena ditandai dengan anak pertama sampai anak terakhir meninggalkan rumah orang tuanya. Tahap ini bisa pendek atau lama, tergantung pada jumlah anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah setelah lulus dari sekolah menengah atau perguruan tinggi. Tahap ini biasanya berlangsung 6 atau 7 tahun, tetapi tahap pembebasan bisa lebih alami bagi keluarga dengan orang tua, karena anak yang lebih besar meninggalkan orang tuanya hanya setelah lulus dari sekolah menengah dan memulai

karir mereka. Banyak keluarga Indonesia yang tidak melewati tahap ini karena memiliki anak yang menemani orang tuanya meskipun sudah berkeluarga atau sudah memulai keluarga baru. Tugas perkembangan keluarga pada fase ini adalah :

1. Memperpanjang siklus keluarga dengan memasukkan keluarga baru yang diperoleh dari perkawinan anak.
2. Perbarui dan selesaikan hubungan pernikahan.
3. Membantu orang tua dan orang tua yang sakit dari pihak pasangan.

g. Keluarga lansia

Tahap akhir dari siklus hidup keluarga dimulai dengan pensiunnya salah satu atau kedua pasangan, berlanjut dengan kematian salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan lainnya. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

1. Pertahankan situasi rumah yang aman dan nyaman.
2. Beradaptasi terhadap penurunan penghasilan keluarga.
3. Meningkatkan keharmonisan suami istri.
4. Beradaptasi terhadap kematian atau kehilangan pasangan.
5. Menjaga tali persaudaraan antar generasi.
6. Berusaha memahami keberadaan lansia.

2.7 Keluarga Sebagai Klien

Memahami keluarga sebagai klien adalah melihat keluarga sebagai satu kesatuan dalam keluarga. Pendekatan ini memperjelas bahwa keluarga adalah foto keluarga yang terlihat dan bahwa setiap keluarga adalah latar belakang keluarga. Fokus keluarga sebagai klien adalah bagaimana individu keluarga mempengaruhi seluruh keluarga (Stanhope & Lancaster, 2012). Perspektif *caregiver* saat menggunakan pendekatan keluarga sebagai klien membutuhkan kemampuan caregiver dalam merespon ekspresi linguistik dan nonverbal dari semua keluarga saat keluarga sakit. Diagnosis paksa tidak lagi berfokus pada kebutuhan individu keluarga, tetapi pada

dampak masalah kesehatan keluarga pada semua keluarga yang ada (Junaiti Sahar ; Agus Setiawan ; Ni Made Riasmini, 2019).

Kasus 1, Contoh: Pada keluarga yang keluarganya telah terdiagnosis tuberkulosis paru, caregiver yang menggunakan pendekatan keluarga sebagai klien menilai seluruh keluarga dalam hal perubahan kesehatan dan bagaimana keluarga merespon kebutuhan keluarga. anggota yang menderita tuberkulosis paru. Apakah seluruh keluarga memahami status anggota? Bagaimana dengan pengetahuan keluarga Anda tentang tuberkulosis paru dan pengobatan serta komitmen Anda terhadap tuberkulosis paru? Pengkajian keperawatan tidak lagi terfokus pada kesehatan keluarga yang sakit.

Contoh kasus kedua, salah satu anggota keluarga menderita diabetes (DM), dan perawat memeriksa perubahan pada seluruh keluarga, terutama perubahan kebiasaan makan, dan bagaimana memahami dan mengelola DM keluarga. Keluarga melayani keluarga yang menderita DM terutama mendukung beberapa pembatasan diet klien.

2.8 Keluarga Sebagai Sistem

Keluarga sebagai sistem adalah suatu sistem yang mempengaruhi keluarga secara menyeluruh, tidak hanya sebagai bagian terkecil dari keluarga. Keluarga sebagai sistem berfokus pada individu dan keluarga sebagai suatu kesatuan disaat yang bersamaan (Stanhope & Lancaster, 2012). Pendekatan ini menggambarkan jika salah satu anggota keluarga sakit akan berdampak pada seluruh anggota keluarga. Contoh pada keluarga dengan anggota keluarga yang didiagnosis *tuberkulosis paru*. Perawat menggunakan pendekatan keluarga sebagai sistem akan melakukan pengkajian pada semua anggota keluarga terkait dengan dampak atau akibat adanya anggota keluarga yang mengalami *tuberkulosis paru*. Adakah keingintahuan anggota-anggota keluarga untuk memahami penyakit *tuberkulosis paru*? Apakah anggota-anggota keluarga merasa enggan berdekatan dengan anggota keluarga yang sakit karena takut tertular? Atau sebaliknya ingin

agar anggota keluarga yang sakit segera sembuh sehingga mencari dan memberi dukungan yang positif.

Pengkajian perawat lebih berfokus pada respons psikologis anggota-anggota keluarga dan perubahan yang terjadi karena ada anggota keluarga yang sakit. Pada kasus keluarga dengan *tuberkulosis paru*, apabila yang sakit adalah kepala keluarga maka kemungkinan akan terjadi perubahan pendapatan keluarga terutama pada keluarga-keluarga dengan pekerjaan tidak tetap. Hal ini mengakibatkan banyak hal, seperti keluarga perlu lebih berhemat dalam belanja untuk kebutuhan makan sehari-hari dan kebutuhan lain. Perawat perlu menggali respons anggota keluarga terhadap upaya penghematan yang harus dilakukan sehingga dapat memperoleh masalah keperawatan yang menggambarkan keluarga sebagai sistem. Contoh lain pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami stroke. Perawat akan mengkaji perubahan pada seluruh anggota keluarga, Apakah semua anggota keluarga terlibat dalam upaya perawatan untuk anggotanya yang stroke? Adakah dampak stroke terhadap komunikasi, pola interaksi keluarga dan perubahan kebiasaan makan keluarga. Selain itu perawat juga akan mengkaji pemahaman keluarga, bagaimana memberikan perawatan pada anggota keluarga yang stroke terutama dalam memberikan dukungan terhadap upaya perawatan stroke (Junaiti Sahar ; Agus Setiawan ; Ni Made Riasmini, 2019)

2.9 Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas kesehatan keluarga merupakan tahapan kedua pengkajian keluarga yang diperkenalkan oleh Maglaya (2009). Tugas keluarga menggambarkan kemampuan keluarga untuk mengenal masalah-masalah kesehatan yang terjadi di antara anggota keluarga dan memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Tugas kesehatan keluarga meliputi lima tugas yang terdiri dari (Junaiti Sahar ; Agus Setiawan ; Ni Made Riasmini, 2019) :

1. Mengenal masalah kesehatan pada anggota keluarga.

Keluarga-keluarga Indonesia cenderung berupaya menghilangkan gejala yang dirasakan bila mengalami sakit dengan melakukan cara-cara tradisional atau minum obat yang dijual bebas. Upaya untuk memahami masalah kesehatan belum dilakukan oleh banyak keluarga. Seringpula terjadi anggapan yang salah karena informasi yang diperoleh secara turun temurun atau pengaruh dari aspek budaya yang terjadi kurang memperhatikan perubahan kondisi kesehatan diri. Misal, banyak keluarga yang beranggapan jika balita diare adalah pertanda anak akan mampu melakukan sesuatu ketrampilan pertumbuhan, seperti akan dapat bicara, akan dapat berjalan dan lain-lain. Ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan dapat disebabkan oleh :

- a. Kurang pengetahuan.
 - b. Menyangkal tentang keberadaan atau keparahan penyakit akibat rasa takut tentang konsekuensi dari diagnosis atau masalah, misal :
 - 1) Stigma sosial, kehilangan rasa hormat dari teman sebaya.
 - 2) Implikasi ekonomi biaya.
 - 3) Konsekuensi fisik
 - 4) Keadaan psikologi dan emosional.
 - c. Perilaku atau filosofi hidup.
2. Pengambilan keputusan yang berhubungan dengan upaya pengobatan atau perawatan.

Keputusan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan seringkali terkendala karena seringkali terkendala karena karena keputusan keluarga menunggu nasihat dari orang tua atau orang yang dituakan di dalam keluarga besar. Ketidakmampuan keluarga membuat keputusan dapat disebabkan oleh :

- a) Kegagalan mengenali sifat dan cakupan masalah.
- b) Rendahnya kepentingan masalah.
- c) Perasaan bingung dan pasrah akibat kegagalan menyelesaikan masalah.
- d) Kurangnya pengetahuan.

- e) Ketidakmampuan memutuskan usaha dari pilihan penyelesaian masalah.
 - f) Konflik opini antar anggota keluarga tentang pilihan penyelesaian masalah.
 - g) Kurang pengetahuan tentang sumber layanan kesehatan di komunitas.
 - h) Ketakutan tentang konsekuensi usaha yang diambil, misalnya :
 - 1. Sosial
 - 2. Ekonomi
 - 3. Fisik
 - 4. Emosi dan psikologis
 - i) Perilaku negatif terhadap kondisi kesehatan atau masalah, mengacu pada perilaku yang mengganggu rasional pembuatan keputusan.
 - j) Tidak mempunyai akses terhadap layanan kesehatan yang sesuai, misalnya : terhambatnya secara fisik, terhambat secara finansial.
 - k) Kurangnya rasa percaya pada tenaga kesehatan.
 - l) Pemahaman yang salah tentang usaha atau intervensi yang akan diberikan.
3. Melakukan upaya perawatan untuk memulihkan anggota keluarga yang sakit .

Keluarga perlu mengenali berbagai kondisi yang dapat menjadi penyebab gangguan kesehatan atau ancaman kesehatan yaitu kondisi yang dapat menyebabkan munculnya penyakit, kecelakaan atau kegagalan mengenai potensi kesehatan seseorang, seperti contoh berikut :

- a) Adanya faktor resiko terkait penyakit, misalnya gaya hidup atau sindrom metabolik.
- b) Ancaman infeksi silang dari penyakit menular.
- c) Ukuran keluarga yang melebihi sumber daya yang mampu disediakan.
- d) Kecelakaan atau bahaya api; misalnya : tangga rapuh, objek atau furniture berujung runcing, obat atau tidak disimpan dengan baik, bahaya api, bahaya jatuh.

- e) Kesalahan teknik pemberian makan atau kebiasaan makan yang tidak sehat ; asupan makanan tidak adekuat secara kualitas dan kuantitas, kelebihan asupan nutrisi tertentu, kebiasaan makan yang tidak sehat, menyusui yang tidak efektif, teknik pemberian makan yang salah.
- f) Faktor yang menimbulkan stress yang meliputi ; hubungan pernikahan yang kaku, hubungan orang-tua anak yang kaku, konflik interpersonal antar anggota keluarga, pemberi layanan yang merasa terbebani.
- g) Sanitasi lingkungan yang buruk , meliputi ; ruangan rumah yang sempit, kurangnya tempat penyimpanan makanan, suplai yang terpolusi, terdapat tempat bersarang vektor penyakit, seperti nyamuk, kecoa, lalat dan tikus, kurangnya tempat daur ulang sampah, tempat pembuangan yang kurang bersih, sistem drainase yang buruk, ventilasi dan penerangan yang buruk, polusi suara dan polusi udara.

Ketidakmampuan keluarga mengenali ancaman kesehatan ini dapat menyebabkan keluarga belum dapat melakukan pencegahan dan upaya perawatan.

4. Pemeliharaan kesehatan pada lingkungan rumah yang kondusif.

Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan di dalam dan disekitar rumah sangat diperlukan agar pemeliharaan lingkungan kesehatan yang ada di rumah dapat berjalan optimal. Ketidakmampuan keluarga melakukan pemeliharaan kesehatan lingkungan dan disebabkan oleh :

- a) Sumber keluarga yang tidak memadai (kendala keuangan dan sumber daya yang terbatas).
 - b) Kurangnya pengetahuan tentang sanitasi lingkungan.
 - c) Kurangnya pengetahuan tentang pencegahan penyakit.
 - d) Kurangnya kemampuan dalam meningkatkan lingkungan yang sehat.
 - e) Komunikasi tidak efektif dalam keluarga.
 - f) Sikap negatif dalam kehidupan yang tidak kondusif untuk pemeliharaan kesehatan dan pengembangan pribadi.
5. Memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

Pengetahuan keluarga sangat penting perihal fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan rumah dan menggunakannya untuk pemeliharaan kesehatan keluarga. Sikap keluarga terhadap fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat penting diketahui oleh perawat agar dapat mengarahkan keluarga dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang sesuai. Ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dapat mengakibatkan adanya kendala dalam pemeliharaan kesehatan keluarga.

2.10 Karakteristik Keluarga Sehat

Keluarga sehat merupakan keluarga yang saling menguatkan dan memberikan gambaran tentang keluarga sehat sebagai panduan pengkajian kekuatan dan coping. (Otto H, 1973). Definisi keluarga sehat sebagai berikut (DeFrain J, 1999) :

1. Anggota keluarga berinteraksi dengan anggota keluarga lainnya, mereka berkomunikasi berulang kali dalam berbagai konteks.
2. Keluarga sehat dapat menentukan prioritas, anggota keluarga memahami bahwa kebutuhan keluarga merupakan prioritas.
3. Keluarga sehat saling menguatkan, mendukung dan menghormati antar keluarga.
4. Anggota keluarga memiliki hubungan peran yang fleksibel, membagi kekuatan, menanggapi perubahan, mendukung pertumbuhan dan otonomi anggota keluarga lainnya, dan mengikutsertakan dalam pembuatan keputusan yang berdampak pada mereka.
5. Keluarga mengajarkan tentang nilai-nilai dan kepercayaan keluarga, sosial serta agama.
6. Keluarga sehat memiliki selera bermain dan bercanda untuk menghabiskan waktu luang mereka.
7. Keluarga sehat memiliki kemampuan mengatasi stress dan krisis yang merupakan hasil positif dari coping. Mereka tahu kapan harus mencari bantuan dari ahlinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. 2012. *Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan*. Graha Ilmu Yogyakarta.
- BKKBN. 2011. *Batasan Dan Pengertian MDK*.
- DeFrain J. 1999. *Strong Families, Family Matters* (53:6).
- Duval EM; Miller BC. (1985). *Marriage and family development* (6th ed.). Harper and Row.
- Erta, I. 2019. *Penerapan Konsep Dasar Proses Keperawatan*. 1–8.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek* (Edisi ke-5). EGC.
- Junaiti Sahar; Agus Setiawan; Ni Made Riasmini. 2019. *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Elsevier (Singapore).
- Kemenkes RI. 2021. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. In *Kementerian Kesehatan RI* (Issue 11, p. 57792).
- Otto H. 1973. *A framework for assessing family strenght, In Reinhard A Quinn M* (Family Centerde Community Health Nursing (ed.)). St.Louis.
- Safruddin, Y. 2021. *Buku ajar keperawatan keluarga* (Issue December, pp. 1–103).
- Siti Nur Kholifah. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas* (p. 33). Pusdik SDM Kesehatan Kemenkes RI.
- Stanhope & Lancaster. 2012. *Foundation Of Nursing in the Community; Community Oriented Practice*, (4 ed). Elsevier Mosby.
- U.S. Census Bureau. 2005. *Population profile of the nation; dynamic version 2005*. www.census.gov/population/www/pop-profile/profiledynamic.html
- Undang Undang Republik Indonesia No 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga.
- Zulfitri, R. 2003. *Efektifitas Asuhan Keperawatan Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Mengatasi Masalah Kesehatan Di Keluarga* (Agrina, Reni Zulfitri). 81–89.

BAB 3

KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Kristiani Desimina Tauho

3.1 Pengertian Keperawatan Keluarga

Keperawatan adalah sebuah profesi yang tidak hanya memberikan pelayanan kepada individu-individu, melainkan juga kepada kumpulan individu yang tergabung dalam sebuah keluarga atau masyarakat. Hal ini berkaitan dengan status individu yang sebagian besar waktunya dijalani bersama dengan keluarga. Peran keluarga berkaitan erat dengan status kesehatan individu, sehingga salah satu area pelayanan keperawatan ditujukan juga kepada keluarga.

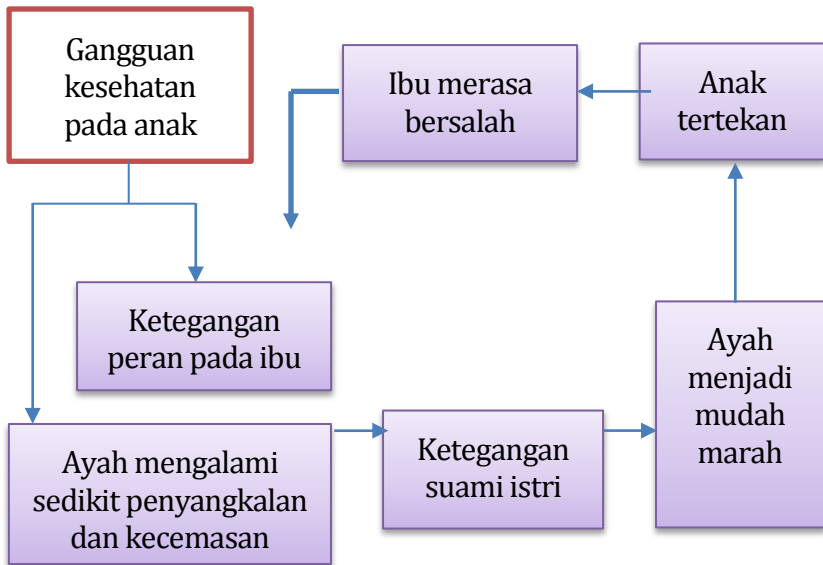
Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2010), keperawatan keluarga merupakan sebuah area spesifikasi yang menerapkan berbagai konsep maupun teori keluarga dalam area keperawatan yang berkaitan dengan area spesialisasi keperawatan lainnya. Sementara itu, pelayanan keperawatan keluarga adalah pelayanan yang dilakukan secara menyeluruh dengan menempatkan keluarga dan komponen-komponennya sebagai fokus pelayanan. Pelayanan keperawatan keluarga dilakukan dengan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan keperawatan. Pemberi pelayanan yakni perawat juga memberdayakan sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga maupun sumber-sumber pelayanan dari profesi lain di komunitas (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

3.2 Asumsi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga dalam praktik klinis didasarkan pada pendekatan sistemik terkait perawatan di mana tidak hanya kebutuhan pasien yang utama tetapi juga kesehatan dan kesejahteraan keluarga di mana pasien menjadi bagiannya (Luttik, 2020).

Tiga asumsi keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Kesehatan dan penyakit penyakit memengaruhi semua anggota keluarga
2. Kesehatan dan penyakit terjadi dalam konteks keluarga
3. Keluarga memengaruhi proses dan hasil perawatan kesehatan.



Gambar 3.1 Pola interaksi keluarga dalam respon terhadap penyakit anak (dimodifikasi dari Whyte, 2002)

Berdasarkan asumsi-asumsi keperawatan keluarga, maka disimpulkan bahwa keluarga berperan penting dalam mendukung perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Dalam melakukan peran tersebut, terjadi interaksi yang dapat memengaruhi struktur, peran hingga fungsi keluarga. Whyte, (2002) memberikan sebuah gambaran bagaimana pola interaksi dari keluarga sebagai respon terhadap penyakit atau gangguan kesehatan pada anak sebagaimana nampak pada Gambar 3.1.

3.3 Tujuan Keperawatan Keluarga

Tujuan keperawatan keluarga adalah untuk bekerja dengan semua jenis keluarga serta dengan anggota keluarga individu, untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan memberikan layanan penyembuhan, perawatan dan rehabilitasi. Perawat bekerja dengan keluarga bertujuan untuk mengurangi faktor-faktor risiko yang dapat merugikan kesehatan, meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan serta memperkuat perawatan diri dan keterampilan coping keluarga (ICN, 2002).

Oleh karenanya, secara umum keperawatan keluarga dimaksudkan untuk memaksimalkan fungsi keluarga dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dan mempertahankan status kesehatan setiap anggotanya. Secara khusus, dengan adanya keperawatan keluarga diharapkan keluarga dapat melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatan keluarga, mampu mengatasi masalah kesehatan keluarga, memperoleh layanan keperawatan sesuai kebutuhan dan mampu berfungsi secara maksimal dalam meningkatkan kesehatan keluarga.

Adapun tugas pemeliharaan kesehatan keluarga menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2010) adalah sebagai berikut:

3.3.1 Mengetahui masalah kesehatan dari setiap anggota keluarga

Tanda bahwa sebuah keluarga mengetahui masalah kesehatan adalah mampu untuk mendeteksi tanda dan gejala penyakit yang terjadi pada anggota keluarganya segala perubahan-perubahan dalam fungsi, struktur maupun peran keluarga akibat gangguan

kesehatan tersebut. Selain itu, mengenal masalah juga terkait dengan seberapa paham keluarga mengetahui keparahan penyakit. Pada tugas ini, keluarga mengandalkan pengetahuan yang dimiliki terkait dengan tanda dan gejala gangguan kesehatan tersebut yang berasal dari pengalaman sebelumnya maupun dari informasi-informasi luar.

3.3.2 Mengambil keputusan secara tepat dan cepat

Fungsi membuat keputusan ini tentunya terkait dengan sudut pandang keluarga mengenai keseriusan dan keparahan penyakit serta ancaman masalah kesehatan tersebut bagi keluarga dan anggota keluarga yang lain. Selain itu, ketakutan mengenai stigma sosial yang mungkin akan diberikan oleh masyarakat serta masalah finansial menjadi faktor lain yang biasanya menyebabkan keluarga tidak dapat mengambil keputusan dengan bijak untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya (Adefris *et al.*, 2017).

3.3.3 Merawat anggota keluarga yang memiliki gangguan kesehatan

Pemberian perawatan kesehatan di rumah memerlukan sumber daya yang memadai, dimulai dari tenaga, waktu hingga sarana dan prasarana yang mendukung. Sebagai contoh, keluarga menyediakan obat-obatan P3K (pertolongan pertama pada kecelakaan) di rumah sehingga dapat digunakan sewaktu-waktu dibutuhkan sebagai pertolongan awal pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan sebelum dibawa ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

3.3.4 Memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan

Tujuannya adalah untuk mempertahankan status kesehatan dan memelihara pertumbuhan maupun perkembangan setiap anggota keluarga. Lingkungan menurut Florence Nightingale terdiri dari udara yang bersih, air bersih, ventilasi yang baik, ruangan yang bersih, pencahayaan yang cukup terang, dan pencegahan infeksi (Medeiros, Enders and Lira, 2015). Beberapa contoh tanda keluarga yang mampu melakukan tugas ini adalah keluarga yang

menyediakan air mengalir dan sabun pada tempatnya untuk cuci tangan, keluarga yang memiliki rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang cukup serta selalu menjaga kebersihan rumah.

3.3.5 Memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan bertujuan untuk mencapai pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga sehingga tercipta hubungan timbal balik antara keluarga dan sumber-sumber daya kesehatan yang ada tersebut. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Oladipo, 2014) menunjukkan bahwa pemanfaatan fasilitas kesehatan baik di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pelayanan kesehatan. Hal-hal yang mewakili faktor predisposisi termasuk usia, jenis kelamin, ukuran keluarga, pendidikan dan kepercayaan; yang mewakili faktor pendukung adalah kedekatan, ketersediaan, asuransi kesehatan dan pendapatan keluarga. Kualitas pelayanan merupakan variabel utama di bawah faktor pelayanan kesehatan yang menunjukkan bahwa masyarakat sadar akan pentingnya peralatan pelayanan dan pelayanan paramedis lainnya yang diperlukan untuk merawat mereka.

3.4 Fungsi Keperawatan Keluarga

Sebuah keluarga ada untuk memenuhi kebutuhan anggotanya. Terlepas dari komposisinya, keluarga melakukan fungsi penting, sebagai berikut:

1. Memelihara dan mengasuh anak.
2. Kelangsungan hidup ekonomi dan dukungan bagi anggota keluarga.
3. Keamanan anggota keluarga dari ancaman terhadap kelangsungan hidup, terutama menyangkut bayi, lansia atau anggota keluarga yang cacat.
4. Transmisi keyakinan budaya, tradisi dan nilai-nilai ke generasi berikutnya.

5. Penyediaan perawatan dan dukungan bagi anggota keluarga pada saat sehat dan sakit.
6. Menyediakan tempat untuk saling mencintai, persahabatan, dan adanya hubungan yang lebih intim.

3.5 Sasaran Keperawatan Keluarga

Sasaran keperawatan keluarga terdiri atas 3 kelompok, yaitu:

3.5.1 Keluarga sehat

Keluarga sehat merupakan keluarga yang semua anggotanya sedang dalam keadaan tidak memiliki gangguan kesehatan, tetapi membutuhkan perhatian terhadap risiko terkait dengan siklus perkembangan dan tahapan tumbuh kembang keluarga. Tindakan keperawatan pada keluarga sehat berfokus pada pemberian promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Sebagai contoh, pemberian imunisasi kepada anak yang berasal dari keluarga dengan tahap perkembangan mengasuh anak (*childbearing*).

3.5.2 Keluarga yang memerlukan tindak lanjut

Keluarga tipe ini adalah keluarga yang memiliki gangguan kesehatan sehingga memerlukan asuhan keperawatan. Sebagai contoh, keluarga yang anggota keluarganya mengalami penyakit kronik namun sudah diijinkan untuk dirawat di rumah, keluarga dengan penyakit degeneratif, tindakan pembedahan, maupun penyakit terminal.

3.5.3 Keluarga risiko tinggi

Sebuah keluarga dikategorikan sebagai keluarga risiko tinggi serta rawan terhadap gangguan kesehatan. Tipe ini diberikan ketika satu atau lebih anggota keluarga memerlukan perhatian khusus dan memiliki kebutuhan untuk beradaptasi dengan perkembangan anggota keluarga serta keluarga dengan faktor risiko penurunan status kesehatan. Misalnya, keluarga yang mengasuh anak dengan ayah seorang perokok. Contoh lain adalah keluarga dengan anak remaja yang suka minum minuman keras.

3.6 Lingkup Keperawatan Keluarga

Kebijakan keperawatan keluarga di Indonesia menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan keluarga dapat diberikan pada berbagai *setting* seperti di rumah, rumah sakit, klinik, tempat praktik perawat maupun tempat rehabilitasi kesehatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010). Dalam melakukan pelayanan, perawat keluarga dapat memberikan promosi kesehatan, program pencegahan penyakit, intervensi terapeutik untuk tujuan penyembuhan dan pemulihan kesehatan.

Lingkup keperawatan keluarga ini sangat luas dan mencakup semua siklus kehidupan, dari anak hingga lansia. Perawat keluarga memberikan pelayanan pada spektrum pasien yang luas dari layanan pediatrik hingga geriatri dan domain yang luas pula dari praktik pribadi hingga klinik rumah sakit dan pengaturan rawat jalan lainnya, baik di perkotaan maupun pedesaan (Balestra, 2019).

Ruang lingkup keperawatan keluarga dideskripsikan oleh Wright dan Leahey (1994) dalam (Whyte, 2002) adalah sebagai berikut:

1. semua jenis penyakit yang berdampak buruk pada anggota keluarga yang lain, seperti kanker dan penyakit kronis lainnya,
2. setiap situasi di mana anggota keluarga dapat berkontribusi pada gejala atau masalah individu., sebagai contoh anoreksia nervosa,
3. keadaan di mana penyakit pada salah satu anggota keluarga berkorelasi dengan pengurangan atau peningkatan gejala pada anggota keluarga lainnya, seperti adanya ketegangan peran antara suami dan istri akibat penyakit kronis yang diderita anak mereka,
4. kegagalan untuk membuat transisi perkembangan yang normal, seperti seorang dewasa muda dengan ketidakmampuan belajar yang tidak dapat keluar dari rumah keluarga padahal seharusnya keluarga tersebut telah sampai pada tahapan orang dewasa mulai meninggalkan rumah dan membangun rumah tangganya sendiri,

5. transisi yang berhubungan dengan penyakit atau tempat pengasuhan. Sebagai contoh, perpindahan dari rumah sakit ke komunitas atau ke perawatan jangka panjang,
6. kematian anggota keluarga.

3.7 Peran perawat keluarga

Perawat keluarga berperan memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga dalam beberapa bentuk peran sebagai berikut:

1. Pemberi layanan kesehatan dan supervisor
Perawat memberikan perawatan secara langsung dan mensupervisi layanan yang diberikan oleh pihak lain seperti layanan yang diberikan oleh keluarga maupun asisten perawat.
2. Manager dan koordinator
Perawat mengatur dan berkolaborasi dengan keluarga dan layanan sosial maupun layanan lain untuk meningkatkan akses keluarga terhadap layanan kesehatan.
3. Pendidik
Peran sebagai pendidik dilakukan perawat melalui pendidikan atau pengajaran baik secara formal maupun informal kepada keluarga mengenai penyakit dan kesehatan. Perawat sebagai pendidik berperan sebagai sumber informasi atas ketidaktahuan keluarga.
4. Konselor
Memberikan layanan terapeutik dapat membantu keluarga mengatasi masalah kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki atau berada di sekitar oleh keluarga.
5. Advokat
Perawat berperan mendukung keluarga dan mewakili keluarga menyuarakan isu atau masalah yang sedang dihadapi, termasuk dalam hal keamanan maupun akses pada layanan kesehatan.
6. Penemu kasus dan epidemiologis

Perawat dapat berperan sebagai epidemiologis ketika menemukan kasus dan melakukan *tracing* atas kasus tersebut pada tingkatan keluarga. Perawat berperan secara signifikan pada surveilans dan kontrol penyakit.

7. Peneliti

Perawat mengidentifikasi masalah kesehatan keluarga dan mencari jawaban atau solusi untuk memecahkan masalah tersebut melalui langkah-langkah investigasi ilmiah, baik secara individual maupun dengan melakukan kolaborasi bersama pihak lain.

3.8 Sasaran Keperawatan Keluarga

Pendekatan dalam keperawatan keluarga menurut (Kaakinen *et al.*, 2018) adalah sebagai berikut:

3.8.1 Keluarga sebagai konteks

Keluarga sebagai latar belakang, sedangkan individu sebagai fokus perawatan. Dalam hal ini, keluarga dapat menjadi sumber stres atau bisa menjadi sumber daya bagi individu, sehingga dalam implementasinya perawat dapat melibatkan keluarga dalam perawatan individu sesuai dengan situasi keluarga itu sendiri. Perawat dapat menempatkan keluarga sebagai bagian dari sistem pendukung bagi individu. Sebagai contoh, ketika memberikan perawatan pada seorang anak, perawat melihat perawatan anak tersebut dari konteks keluarga yang mana keluarga merupakan pemberi layanan kesehatan utama pada anak. Perawat perlu mengidentifikasi kekurangan maupun kelebihan keluarga sehingga perawat dapat memberikan tindakan-tindakan kepada keluarga untuk meningkatkan efektifitas pemberian layanan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga tersebut kepada anaknya. Pada kasus anak yang mengalami gizi buruk, maka perawat dapat mengkaji siapa pengasuh utama anak, memberikan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan maupun keterampilan pengasuhan sehingga mendukung perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

3.8.2 Keluarga sebagai klien

Individu sebagai latar belakang, keluarga sebagai fokus perawatan. Pendekatan ini menfokuskan pada seluruh anggota keluarga sebagai unit utama perawatan. Fokus utama dari pendekatan ini adalah interaksi antar setiap anggota keluarga. Ketika saling berinteraksi, maka bisa timbul gangguan maupun kekuatan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sebagai contoh, ketika seorang anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan, apa reaksi yang timbul dari anggota keluarga yang lain. Apakah hal tersebut kemudian menjadi *stressor* tersendiri atau anggota keluarga yang lain cukup bisa beradaptasi terhadap keadaan tersebut? Pada kasus salah seorang anggota keluarga mengalami anak yang mengalami gizi buruk misalnya, perawat dapat mengkaji bagaimana pengaruh gizi buruk tersebut pada anggota keluarga yang lain. Apakah keluarga merasa mendapatkan stigma yang buruk akibat adanya anak yang menderita gizi buruk, padahal menurut keluarga pengasuhan sudah dilakukan dengan optimal?

3.8.3 Keluarga sebagai sistem

Sebagai sistem, perawatan keluarga didekati dari 2 hal, yaitu keluarga sebagai total atau keseluruhan dari jumlah anggotanya. Perawatan diberikan pada setiap anggota keluarga dengan sedikit menitikberatkan pada hubungan timbal balik dengan keluarga. Merawat keluarga pada tingkat ini didasarkan pada asumsi bahwa jika kesehatan setiap anggota diperhatikan, maka kebutuhan kesehatan keluarga akan terpenuhi. Namun, melihat keluarga hanya sebagai jumlah anggotanya menantang perawatan holistik dalam hal dampak keluarga pada individu dan dampak individu pada keluarga.

Keluarga sebagai sistem juga membuat perawat bekerja dengan subsistem keluarga sebagai klien. Dalam jenis praktik keperawatan keluarga ini, subsistem keluarga menjadi fokus pengkajian dan perawatan. Contoh subsistem keluarga meliputi hubungan orang tua-anak, hubungan perkawinan suami dan istri,

dan masalah pengasuhan dalam keluarga. Pengkajian dinamika dan hubungan keluarga dapat memberikan gambaran tentang kesehatan keluarga dan membuka peluang intervensi keperawatan untuk memperkuat fungsi keluarga. Sebagai contoh, pada keluarga dengan anak yang mengalami malnutrisi, bagaimana keadaan tersebut memengaruhi hubungan antara suami dan istri sebagai sub sistem dalam keluarganya? Apakah fungsi keluarga masih maksimal dilakukan pada situasi ini? Mungkin beberapa fungsi tidak akan berjalan dengan maksimal, seperti fungsi pendidikan atau fungsi sosialisasi, karena keluarga berfokus pada perawatan anak.

3.8.4 Keluarga sebagai komponen dari masyarakat

Pendekatan ini memungkinkan keluarga dipandang sebagai salah satu bagian dari lembaga di masyarakat. Keluarga adalah unit terkecil di masyarakat dan secara konsisten berinteraksi dengan lembaga lain untuk menerima layanan maupun memberikan layanan. Sebagai contoh bagaimana reaksi sebuah keluarga ketika menerima informasi dari fasilitas kesehatan bahwa salah satu anggota keluarga menderita penyakit kronis. Bagaimana dukungan masyarakat baik dari lembaga pendidikan, kesehatan maupun keagamaan kepada keluarga yang menderita Covid-19 juga merupakan salah satu contoh bagaimana pendekatan keperawatan keluarga dilihat dari komponen masyarakat.

3.9 Teori Keperawatan Keluarga

Beberapa teori keperawatan yang dapat diterapkan dalam praktik keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

3.9.1 Teori Nightingale (1859)

Nightingale mengemukakan bahwa keluarga memiliki pengaruh secara positif dan negatif terhadap anggota keluarga lainnya. Keluarga diyakini merupakan sistem pendukung sepanjang siklus hidup hidup setiap anggota keluarga. Oleh karena itu,

pemberdayaan keluarga diperlukan untuk mendukung proses perawatan dan penyembuhan klien individu.

3.9.2 Teori adaptasi Roy (1976)

Keluarga dilihat sebagai sebuah sistem yang mampu menyesuaikan dengan keadaan dan memiliki *input*, kontrol internal, proses timbal balik dan luaran. Dalam penerapannya, teori ini memiliki kelebihan dalam memahami bagaimana keluarga beradaptasi terhadap isu-isu kesehatan.

3.9.3 Model sistem dari Newman (1983)

Keluarga dilihat sebagai sebuah sistem dengan tujuan utama menjaga stabilitas dengan mempertahankan integritas struktur inti keluarga. Model ini memperlihatkan bahwa keluarga selalu berada dalam posisi berubah dan tidak dalam keadaan statis.

3.9.4 Kerangka sistem organisasi dari Friedeman (1995)

Keluarga dijelaskan sebagai sistem sosial yang bertujuan untuk melestarikan budaya keluarga kepada anggotanya. Unsur-unsur inti dari teori ini antara lain stabilitas keluarga, pertumbuhan keluarga, kontrol keluarga, dan spiritualitas keluarga.

3.9.5 Model kesehatan keluarga dari Denham (2003)

Kesehatan keluarga dipandang sebagai sebuah proses interaksi dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dari waktu ke waktu di antara anggota keluarga. Kesehatan keluarga digambarkan dalam kaitannya dengan domain kontekstual, fungsional, dan struktural. Rutinitas kesehatan keluarga yang dinamis ditandai dengan adanya pola perilaku yang menunjukkan perawatan diri, keselamatan dan pencegahan, perilaku kesehatan mental, perawatan keluarga, perawatan penyakit, dan perawatan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Adefris, M. *et al.* 2017. Reasons for delay in decision making and reaching health facility among obstetric fistula and pelvic organ prolapse patients in Gondar University hospital, Northwest Ethiopia', *BMC Women's Health*, 17(1), p. 64. doi:10.1186/s12905-017-0416-9.
- Balestra, M.L. 2019. Family Nurse Practitioner Scope of Practice Issues When Treating Patients With Mental Health Issues', *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(7), pp. 479–482. doi:10.1016/j.nurpra.2018.11.007.
- ICN, I.C.N. 2002. *Nurses Always There for You: Caring for Families. Information and Action Tool Kit*. ICN. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=BlkvtwAACAAJ>.
- Kaakinen, J.R. *et al.* (eds). 2018. *Family health care nursing: theory, practice, and research*. Sixth edition. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Luttik, M.L. 2020. Family Nursing: The family as the unit of research and care', *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(8), pp. 660–662. doi:10.1177/1474515120959877.
- Medeiros, A.B. de A., Enders, B.C. and Lira, A.L.B.D.C. 2015. The Florence Nightingale's Environmental Theory: A Critical Analysis', *Escola Anna Nery*, 19(3). doi:10.5935/1414-8145.20150069.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2010. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomo 908/Menkes/SK/VII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan Keluarga'. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Oladipo, J. 2014. Utilization of health care services in rural and urban areas: A determinant faktor in planning and managing health care delivery sistems', *African Health Sciences*, 14(2), p. 322. doi:10.4314/ahs.v14i2.6.
- Whyte, D. 2002. *Explorations in Family Nursing*.

BAB 4

PENGKAJIAN KELUARGA

Oleh Sulistiyani

4.1 Pendahuluan

Asuhan Keperawatan merupakan suatu tahapan kegiatan praktik keperawatan yang dilakukan secara langsung atau tidak langsung pada klien dalam berbagai tatanan sesuai dengan menggunakan pendekatan kode etik dan standar praktik keperawatan (PPNI, 2005). Asuhan keperawatan juga merupakan suatu bentuk interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya guna mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan mandiri dalam melakukan perawatan (RI, 2019). Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dilaksanakan secara profesional sesuai dengan bidang keilmuan. Selain itu, pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan standar yang berlaku yang telah ditetapkan oleh organisasi profesi. Sebagai profesi yang profesional, pemberian asuhan keperawatan dilaksanakan dengan tujuan membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang dirasakan oleh klien sebagai bentuk respon tubuh terhadap penyakit.

Pemberian asuhan keperawatan dapat dilaksanakan secara langsung maupun tidak langsung dengan sasaran individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dapat menjadi daya ungkit atau indikator dari keberhasilan pelaksanaan program kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah. Oleh sebab itu, maka pemerintah mengatur kegiatan pembinaan keperawatan di keluarga pada Kepmenkes 908/Menkes/SK/VII/2010 tentang domain penyelenggaraan pembinaan pelayanan keperawatan keluarga. Upaya ini dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan keluarga (Kementerian Kesehatan Republik

Indonesia, 2010). Pelayanan keperawatan berbasis keluarga dinilai sebagai suatu pelayanan yang bersifat holistik dengan fokus pelayanan melibatkan semua anggota keluarga pada setiap tahapan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, melaksanakan implementasi hingga evaluasi serta memobilisasi sumber daya yang dimiliki keluarga maupun profesi yang terlibat dalam pemberian pelayanan. Dengan demikian, harapan menjadi keluarga sehat dapat dicapai oleh semua kalangan masyarakat.

Upaya lain yang dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang dimulai dari keluarga juga tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Kementrian kesehatan RI, 2016). Dengan adanya program PIS-PK, maka perawat puskesmas dapat mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan. Selain itu, dengan adanya program PIS-PK, maka akses pelayanan kesehatan untuk semua anggota keluarga dapat ditingkatkan secara komperhensif meliputi upaya promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar. Keseluruhan kegiatan tersebut dapat diwujudkan melalui pendekatan pemberian asuhan keperawatan keluarga. Hasil penelitian terkait pelaksanaan PIS-PK menyatakan bahwa data yang didapatkan saat pengkajian PIS-PK menjadi dasar untuk membuat perencanaan program yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan keluarga atau masyarakat (Rusdianah & Widiarini, 2019). Oleh sebab itu, sangat selaras apabila asuhan keperawatan keluarga dijadikan daya ungkit keberhasilan program kesehatan.

4.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan yang khusus dimana pemeberian pelayanan dilakukan di masyarakat. Pelayanan keperawatan

keluarga dikembangkan dari program pelayanan kesehatan masyarakat atau perkesmas. Program perkesmas yang merupakan pelayanan keperawatan profesional yang didasarkan dari perpaduan konsep keperawatan dan konsep kesehatan masyarakat ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya kelompok risiko tinggi. Pelayanan perkesmas berfokus pada level pencegahan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan yang melibatkan peran aktif klien dalam semua tahap perencanaan, pelaksanaan kegiatan, dan evaluasi. Selain itu, dengan adanya program PERKESMAS keluarga diharapkan dapat mandiri dalam memenuhi kesehatan. (Kemenkes RI, 2006)

Keperawatan keluarga adalah proses pemberian layanan keperawatan yang didasarkan dari kebutuhan keluarga sebagai lingkup praktik keperawatan. Pelayanan keperawatan keluarga merupakan pelayanan yang holistik dengan menempatkan keluarga dan komponannya dalam pelayanan serta keterlibatan keluarga sebagai fokus pelayanan. Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan yang sistematis melalui proses interaksi bersama klien dan keluarga.

Proses asuhan keperawatan keluarga yang dilaksanakan pada area komunitas terdiri dari lima tahapan yaitu pengkajian (pengumpulan data yang tersistimatis), diagnosa keperawatan keluarga (analisis dan interpretasi data), perumusan intervensi keperawatan keluarga (memprioritaskan kebutuhan, mengidentifikasi tujuan, dan memilih solusi), implementasi keperawatan keluarga (menempatkan rencana dalam suatu tindakan), dan evaluasi keperawatan keluarga (menilai efektifitas kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan atau memenuhi kebutuhan klien). Kelima tahapan asuhan keperawatan harus dilakukan secara tersistimatis dan berkesinambungan sehingga pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan secara holistik dan komperhensif. Kelima tahapan asuhan keperawatan menjadikan pelayanan keperawatan berkualitas yang dapat diaplikasikan dalam berbagai area pelayanan keperawatan baik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. (Maiti & Bidinger, 2014)

Konsep Asuhan Keperawatan keluarga yang merupakan suatu proses yang kompleks dengan pendekatan tersistimatis dengan melibatkan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga. Proses pemberian asuhan keperawatan keluarga berbeda-beda tergantung pada siapa dan yang menjadi fokus perawatan. Fokus perawatan sangat bergantung pada cara pandang perawat terhadap keluarga binaan seperti memandang keluargasebagai latar belakang atau konteks individu pasien, individu anggota keluarga menjadi fokus dan proses keperawatan berorientasi pada individu, keluarga sebagai unit perawatan, dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat (Friedman et al., 2010; Yahya, 2021). Untuk lebih rincinnya dapat dijelaskan bahwa ketika perawat melaksanakan praktik keperawatan keluarga akan terdiri dari tingkatan menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2003) sebagai berikut:

- a. Level 1: Keluarga sebagai konteks dalam hal ini individu yang akan dikaji dan diberikan intervensi
- b. Level 2: Keluarga merupakan penjumlahan dari anggota-anggotanya dan masalah kesehatan dari masing-masing anggota keluarga akan diintervensi secara bersamaan
- c. Level 3: Fokus pengkajian dan intervensi keperawatan adalah sub sistem dalam keluarga, anggota-anggota keluarga dipandang sebagai unit yang saling berinterkasi. Dalam level ini, fokus pelayanan keperawatan lebih diutamakan pada hubungan antara ibu dan anak, hubungan perkawinan, hubungan antar anggota keluarga yang lainnya
- d. Level 4: Pada level ini keluarga dipandang sebagai klien sehingga fokus pelayanan keperawatan keluarga adalah semua anggota keluarga dan individu sebagai latar belakang.
- e. Level 5: pada level ini keluarga dipandang sebagai bagian dari masyarakat dengan kata lain pelaksanaan praktik keperawatan keluarga berfokus pada keluarga sebagai sub sistem dalam masyarakat.

Dalam pelaksanaan praktik keperawatan keluarga, perawat dapat melibatkan peran aktif keluarga mulai dari proses

pengkajian, penentuan prioritas masalah keperawatan, membuat rencana, melaksanakan kegiatan perawatan hingga evaluasi kegiatan keperawatan. Dengan adanya keterlibatan anggota keluarga, maka perawat dapat menilai tingkat kemandirian keluarga yang dapat dilihat dari tujuh kriteria seperti:

- a) Kriteria 1: Keluarga menerima perawat
- b) Kriteria 2: Keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai dengan rencana keperawatan keluarga
- c) Kriteria 3: keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- d) Kriteria 4: keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan sesuai anjuran
- e) Kriteria 5: Keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan arahan
- f) Kriteria 6: Keluarga secara aktif melakukan tindakan pencegahan
- g) Kriteria 7: Keluarga secara aktif melakukan tindakan promotif

Tabel 4.1 Tingkat Kemandirian Keluarga

Tingkat Kemandirian	Kriteria 1	Kriteria 2	Kriteria 3	Kriteria 4	Kriteria 5	Kriteria 6	Kriteria 7
Tingkat I	√	√					
Tingkat II	√	√	√	√	√		
Tingkat III	√	√	√	√	√	√	
Tingkat IV	√	√	√	√	√	√	√

Friedman, Bowden & Jones (2003) menjelaskan bahwa komponen penting yang menjadi fokus kajian sebagai dasar pemberian asuhan keperawatan keluarga adalah komponen struktur keluarga dan komponen fungsional keluarga. Komponen struktur keluarga seperti komposisi anggota keluarga, sistem nilai yang dianut keluarga, pola komunikasi keluarga, struktur peran, struktur kekuatan keluarga. Sedangkan untuk struktur fungsional keluarga meliputi Fungsi afektif, Sosial, ekonomi, reproduksi, dan perawatan kesehatan serta koping keluarga. Inti dari perawatan ini adalah didasarkan dari kebutuhan keluarga dan tahapan perkembangan keluarga

dengan tetap memperhatikan tingkatan atau cara pandang perawat terhadap praktik keperawatan keluarga.

4.3 Pengkajian Keperawatan Keluarga

Menurut Friedman dalam Nadirawati (2018) pengkajian merupakan tahap awal dalam pelaksanaan proses keperawatan. Pengkajian juga merupakan suatu tahap dimana seorang perawat menggali data secara komperhensif dan terus menerus pada keluarga binaan. Selain menjadi langkah awal dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga, pengkajian juga menjadi syarat utama dalam melakukan identifikasi masalah kesehatan keluarga. Pengkajian keluarga memiliki sifat yang dinamis, fleksibel dan interaktif.

Proses pengumpulan data keluarga didapatkan dari berbagai sumber seperti riwayat masa lalu dan saat ini, data observasi seperti kondisi rumah keluarga, data subjektif yang didapatkan dari pengalaman masing-masing anggota keluarga, informasi tertulis maupun lisan dari berbagai sumber, riwayat pekerjaan keluarga maupun rekan kerja, dan laporan medis. Dengan demikian, saat perawat melakukan proses pengkajian keluarga, maka dapat menerapkan metode observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. Salah satu peran perawat dalam kesehatan keluarga adalah sebagai pengamat partisipan aktif dalam keluarga.

Proses pengkajian keluarga memiliki dua fokus utama dalam pengkajian seperti berfokus pada riwayat kesehatan keluarga sesuai dengan tahapan perkembangan keluarga dan penggambaran kemampuan keluarga dalam memenuhi lima tugas perawatan kesehatan keluarga. Yahya (2021) menggambarkan pengkajian keluarga meliputi enam kategori seperti data identitas keluarga, tahapan atau riwayat perkembangan keluarga, status kesehatan lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stressor dan stres, coping keluarga, pola adaptasi keluarga, dan harapan keluarga.

a. Data Umum

1) Identitas kepala keluarga

Pada bagian tersebut, perawat dapat menggali identitas kepala keluarga dan anggota keluarga meliputi: nama atau inisial kepala keluarga, umur, alamat, nomor telepon, jenis pekerjaan, tingkat pendidikan terakhir, serta data komposisi keluarga yang terdiri dari nama, umur, hubungan dengan kepala keluarga, status kesehatan dan imunisasi, kondisi kesehatan saat ini.

2) Tipe Keluarga

Dalam melakukan pengkajian tentang tipe keluarga, perawat dapat mengklarifikasi teori tipe keluarga yang banyak dianut seperti tipe keluarga tradisional maupun tipe keluarga nontradisional

3) Suku Bangsa

Pengkajian suku bangsa yang menjadi asal usul keluarga bertujuan menggali kebiasaan atau budaya yang berkaitan maupun dapat mempengaruhi status kesehatan.

4) Agama

Pengkajian status agama yang dianut oleh keluarga bertujuan untuk mengkaji kebiasaan ibadah, kepercayaan yang dianut dan ajaran yang mungkin berkaitan atau dapat mempengaruhi status kesehatan.

5) Status sosial ekonomi keluarga

Kondisi ekonomi menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan kesejahteraan dalam keluarga. Status ekonomi keluarga berkaitan erat dengan pendapatan dari semua anggota keluarga yang akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan baik yang bersifat kebutuhan primer, sekunder maupun tersier.

6) Aktivitas rekreasi

Salah satu syarat keluarga sejahtera adalah kebiasaan untuk melakukan aktifitas rekreasi. Dengan adanya kegiatan rekreasi, maka keluarga dapat menjalin hubungan yang lebih intens dengan semua anggota keluarga. Konsep

aktivitas rekreasi tidak hanya berkaitan dengan kebiasaan pergi ke tempat hiburan, ke pantai, ke tempat-tempat tujuan wisata, dan sebagainya. Aktivitas rekreasi bukan berarti yang harus menggunakan biaya yang mahal, akan tetapi dengan memanfaatkan waktu luang untuk bersama dengan anggota keluarga sudah dapat meningkatkan perasaan senang serta menjaga hubungan lebih intens diantara anggota keluarga.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahapan perkembangan keluarga yang akan dikaji oleh perawat merupakan tahapan perkembangan saat ini yang ditentukan oleh usia anak tertua. Duval mengatakan bahwa penilaian tahap perkembangan keluarga berkaitan juga dengan pemenuhan tanggung jawab keluarga sesuai dengan tahapan perkembangan baik yang sudah dicapai maupun yang belum tercapai oleh keluarga.

Tahapan perkembangan yang dicapai oleh keluarga dapat diartikan bahwa kemampuan keluarga memenuhi tanggung jawab sesuai tugas perkembangan keluarga saat ini. Sedangkan tugas perkembangan keluarga yang belum tercapai adalah ketidakmampuan keluarga memenuhi tugas dan tanggung jawab serta hambatan yang mungkin keluarga hadapi sesuai dengan tahapan perkembangan saat ini.

2) Riwayat kesehatan keluarga inti

Penilaian riwayat kesehatan keluarga inti dimaksudkan untuk mendapatkan data tentang penyakit ataupun status kesehatan pada masing-masing anggota keluarga. Selain itu, penilaian riwayat kesehatan keluarga juga bertujuan untuk mengetahui tentang upaya keluarga dalam mencegah maupun merawat anggota keluarga yang sakit serta kebiasaan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.

- 3) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya
Penilaian status kesehatan keluarga sebelumnya memiliki tujuan untuk mengetahui adanya penyakit yang dapat diturunkan secara genetik.

c. Data lingkungan

- 1) Status kepemilikan rumah, jenis atau tipe rumah, kondisi sanitasi, luas rumah dan abngunan, serta denah rumah.
Penilaian ciri rumah yang menjadi tempat tinggal keluarga merupakan gambaran kondisi rumah yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan anggota keluarga. Perawat dalam melakukan pengkajian status rumah keluarga juga berkaitan dengan sistim pengelolaan saluran pembuangan air limbah maupun penggunaan air bersih.
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas.
Penilaian karakteristik tentangga dan komunitas berkaitan dengan penjelasan tentang jenis dan kondisi lungkungan hidup disekitar tempat tinggal yang dapat mempengaruhi kesehatan, berkaitan dengan nilai, norma maupun aturan hukum yang berlaku.
- 3) Mobilitas keluarga.
Penilaian mobilitas keluarga berkaitan dengan kebiasaan keluarga yang nomaden (berpindah tempat) ataukah menetap di suatu wilayah. Tentunya kebiasaan tersebut dapat mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga.
- 4) Pertemuan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.
Penilaian pada bagian ini lebih menekankan pada kebiasaan keluarga untuk terlibat aktif dalam kegiatan sosial di masyarakat. Selain itu, keluarga juga dapat menjelaskan tentang penggunaan waktu luang untuk berkumpul ataupun berinteraksi dengan masyarakat yang disekitar tempat tinggal.
- 5) Sistem pendukung keluarga.
Penilaian tentang sumber pendukung keluarga berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam mendapatkan support

system atau dukungan keluarga terdekat ketika mendapatkan masalah. Selain itu, sistem pendukung keluarga dapat dilihat dengan adanya jaminan kesehatan berbasis keluarga sebagai salah satu upaya meningkatkan status kesehatan.

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Penilaian tentang pola komunikasi keluarga dalam yang diterapkan oleh keluarga seperti sistem tertutup dan terbuka untuk berkomunikasi antar anggota keluarga, kualitas dan frekuensi komunikasi, serta isi pesan yang disampaikan.

2) Struktur kekuasaan keluarga

Penilaian terkait dengan struktur kekuatan yang diterapkan oleh keluarga dan berkaitan dengan kekuasaan dalam pengambilan keputusan.

3) Struktur dan peran keluarga

Penilaian struktur peran menjelaskan tentang peran keluarga yang diadaptasi baik peran formal dan informal.

4) Nilai dan norma keluarga

Penggalan data keluarga tentang nilai dan norma yang dianut oleh keluarga merupakan suatu penilaian normatif yang berlaku dalam suatu kelompok masyarakat yang dapat mempengaruhi kesehatan.

5) Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif

Penilaian fungsi keluarga yang berkaitan dengan adanya rasa kasih sayang antara semua anggota keluarga, saling memiliki, pemberian dukungan saat mengalami masalah, mengembangkan rasa saling menghormati. Pengembangan fungsi afektif dalam keluarga dapat berkaitan dengan hubungan sosial dan status psikologis anggota keluarga.

b) Fungsi sosial

Penilaian fungsi sosial berkaitan dengan penjelasan hubungan antara anggota keluarga, penerapan disiplin, nilai, norma dan budaya, dan perilaku dalam bermasyarakat.

c) Melakukan fungsi Kesehatan (perawatan/pemeliharaan)

Dalam penilaian terkait poin tersebut, maka sebaiknya perawat dapat menggali tentang kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan, menyediakan makanan, pakaian, memberikan gambaran perawatan anggota keluarga yang sakit pengetahuan keluarga tentang kesehatan dan sakit, kemampuan keluarga untuk melaksanakan tugas perawatan keluarga yaitu:

- 1) Kenali masalah kesehatan keluarga
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang benar
- 3) Merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Modifikasi lingkungan
- 5) Memanfaatkan fasilitas sanitasi yang ada

d) Fungsi reproduksi

Penilaian terhadap fungsi yang berkaitan dengan sistem reproduksi seperti jumlah anak sebagai penerus keturunan, jumlah anak yang akan direncanakan, dan penggunaan metode untuk mengontrol jumlah anak dalam keluarga.

e) Fungsi ekonomi

Penilaian terhadap kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan, serta bagaimana menggunakan lingkungan keluarga untuk meningkatkan pendapatan keluarga.

f) Stres dan coping keluarga

1. Stresor jangka pendek dan jangka panjang

Stresor jangka pendek adalah penyebab stres yang dialami keluarga yang perlu diselesaikan dalam waktu enam bulan.

Sumber tekanan jangka panjang adalah sumber tekanan yang dialami saat ini, dan situasi sumber tekanan saat ini perlu diselesaikan.

2. Kemampuan keluarga dalam menghadapi situasi/stres

Melakukan pengkajian tentang kemampuan atau respon keluarga terhadap stressor yang dialami maupun dirasakan.

3. Strategi koping yang digunakan

Penilaian tentang strategi koping yang dapat diterapkan oleh keluarga ketika menghadapi masalah dalam rumah tangga.

4. Strategi adaptasi disfungsi

Penilaian terhadap kemampuan keluarga yang berkaitan dengan difungsional kapasitas adaptif atau perilaku keluarga nonadaptif ketika keluarga mengalami masalah.

g) Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Pengkajian tentang kondisi pasien, kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital, biasanya pada penderita diabetes berat badan lebih tinggi dari normal/obesitas.

2) Kepala dan leher

Penilaian terkait status kesehatan area kepala dan leher meliputi: bentuk kepala, kondisi rambut, apakah leher bengkak, kondisi mata, hidung, mulut, dan kelainan pendengaran.

3) Sistem integumen

Penilaian terhadap kondisi sistem integumen yang meliputi: warna, kondisi luka, terdapat rasa gatal, turgor kulit, kelembaban kulit, pigmen kulit.

- 4) Sistem pernapasan
Kaji apakah penderita sesak nafas, batuk, dahak, nyeri dada, riwayat penyakit pernafasan seperti TB, asma bronkhiale
- 5) Sistem kardiovaskular
Menilai sistem kardiovaskuler seperti penurunan perfusi jaringan, melemahnya denyut perifer, hipertensi/hipotensi, aritmia, dan hipertrofi jantung.
- 6) Sistem gastrointestinal
Penilaian terhadap fungsi sistem gastrointestinal seperti kemampuan untuk mencerna makanan, adanya rasa mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran perut dan obesitas.
- 7) Sistem kemih
Penilaian terhadap kondisi sistem kemih yang meliputi kemampuan untuk berkemih, adanya gejala inkontinensia urin, infeksi saluran kemih, rasa terbakar atau nyeri saat berkemih, berkemih tapi tidak tuntas.
- 8) Sistem muskuloskeletal
Penilaian terhadap kondisi sistem muskuloskeletal anggota keluarga yang berkaitan dengan penyebaran lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, kelelahan, kelemahan dan nyeri, kelainan struktur tulang, penyakit tulang akibat usia maupun kekurangan asupan kalsium.
- 9) Sistem saraf
Penilaian terhadap sistem persyarafan terkait dengan adanya keluhan migrain, nyeri pada tengkuk, sering kehilangan sensasi rasa, kebas, refleks lambat, lesu, mudah lelah, kebingungan, disorientasi, dan kesemutan.

h) 5 Fungsi kesehatan keluarga

1) Kenali masalah kesehatan

Yang perlu dikaji adalah pengetahuan atau fakta keluarga tentang masalah Kesehatan. Masalah yang dirasakan keluarga, apakah keluarga pasrah terhadap masalah yang dihadapi. Kaji juga tentang pengetahuan keluarga terhadap penyakit yang diderita oleh anggota keluarga

2) Mengambil keputusan

Penilaian terhadap kemampuan keluarga untuk mengambil keputusan merawat anggota keluarga yang sakit dengan memastikan motivasi keluarga, sumber daya yang dimiliki oleh keluarga, mengajarkan berpikir kritis dalam mengambil keputusan saat kondisi sulit, tahu ada anggota keluarga yang sakit.

3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Menilai tentang sejauh mana pemahaman keluarga tentang sikap dan perkembangan perawatan kesehatan yang dibutuhkan oleh keluarga untuk mengatasi penyakit, sejauh mana pemahaman keluarga tentang keberadaan sarana sanitasi yang membutuhkan perawatan, dan sejauh mana pemahaman keluarga terhadap sumber daya yang ada di dalam keluarga (tanggung jawab keluarga terhadap keuangan/sumber daya keuangan).

4) Meningkatkan kesehatan lingkungan Keluarga bisa mengubah lingkungan dengan baik

5) Memanfaatkan fasilitas sanitasi Keluarga dapat menggunakan fasilitas medis yang (Friedman et al., 2010; Rusmini et al., n.d.; Yahya, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Friedman, M. M., Browden, V. R., & Elaine G Jones. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik* (Estu Tiar (ed.); 5th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. 2013. *Family nursing: Research, theory & practice*
- H. Sugiyanto. 2017. *Praktik Klinik Keperawatan Komunitas dan Keluarga*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice & Research*
- Kemenkes RI. 2006. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/MENKES/SK/IV/2006 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas. *Kemenkes RI, 0(2)*, 47–54.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 908 tahun 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan Keluarga* (pp. 1–21).
- Kementrian kesehatan RI. (2016). *PMK_No.39_tahun_2016_ttg_PIS_PK.pdf*.
- Maiti, & Bidingier. 2014. Nursing-Care-Plans-Guidelines-Individualizing-e9. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- PPNI, P. P. 2005. Standar Kompetensi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). *Standar Kompetensi Perawat Indonesia*, 15, 1–65.
- RI, K. K. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019*.
- Rusdianah, E., & Widiarini, R. 2019. Evaluation of the healthy Indonesia program with the family approach (PIS-PK): a case study at primary health service. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 8(4), 175–183.
<https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/50710>
- Rusmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (n.d.). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan*

- modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat (Pertama). IPKKI 2017.*
- Wright & Leahey. 2009. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*
- Yahya, S. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Issue 2504).*

BAB 5

DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Muhammadong

5.1 Pendahuluan

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan tahap kedua dari proses keperawatan keluarga. Tahap ini merupakan kegiatan penting dalam menentukan masalah keperawatan yang akan diselesaikan dalam keluarga. Penetapan diagnosis keperawatan yang tidak tepat akan memengaruhi tahapan berikutnya dalam proses keperawatan. Kemampuan perawat dalam menganalisis data hasil pengkajian sangat diperlukan dalam menetapkan diagnosis keperawatan keluarga.

5.1 Definisi Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan adalah interpretasi ilmiah atas data hasil pengkajian yang interpretasi ini digunakan perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi, dan evaluasi. Pengertian lain dari diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik tentang semua respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Semua diagnosis keperawatan harus didukung oleh data. Data diartikan sebagai definisi karakteristik. Definisi karakteristik dinamakan "Tanda dan gejala", Tanda adalah sesuatu yang dapat di observasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien. Diagnosis keperawatan menjadi dasar untuk pemilihan tindakan keperawatan untuk mencapai hasil bagi perawat (Nanda, 2011.)

Pendapat lain tentang definisi diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok, dan perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi serta memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Gordon, 1976 dalam Capenito, 2000).

Gordon (1976) dalam Capenito (2000) menyatakan bahwa definisi diagnosis keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial. Berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu serta mempunyai kewenangan untuk memberikan tindakan keperawatan berdasarkan standar praktik keperawatan dan etik keperawatan yang berlaku di Indonesia.

Diagnosis keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat. Formulasi diagnosis keperawatan adalah bagaimana diagnosis digunakan dalam proses pemecahan masalah, karena melalui identifikasi masalah dapat digambarkan berbagai masalah keperawatan yang membutuhkan asuhan keperawatan. Di samping itu, dengan menentukan atau menginvestigasi etiologi masalah, maka akan dijumpai faktor yang menjadi kendala atau penyebabnya. Dengan menggambarkan tanda dan gejala akan dapat digunakan untuk memperkuat masalah yang ada.

Untuk menyusun diagnosis keperawatan yang tepat, dibutuhkan beberapa pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki antara lain, kemampuan dalam memahami beberapa masalah keperawatan, faktor yang menyebabkan masalah, batasan karakteristik, beberapa ukuran normal dari masalah tersebut, serta kemampuan dalam memahami mekanisme penanganan masalah, berpikir kritis, dan membuat kesimpulan dari masalah.

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen, yaitu komponen P (Problem), E (Etiologi), dan S (Simptom atau dikenal dengan batasan karakteristik). Pada penulisan diagnosis keperawatan keluarga menggunakan pernyataan problem saja tanpa etiologi dan simptom. Dengan demikian, penulisan diagnosis keperawatan

keluarga adalah dengan menentukan masalah keperawatan yang terjadi.

5.2 Kategori Diagnosis Keperawatan Keluarga.

1. Diagnosis keperawatan aktual

Kategori diagnosis keperawatan yang pertama adalah diagnosis keperawatan aktual. Diagnosis keperawatan ini menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang benar nyata pada individu, keluarga, dan komunitas (Nanda, 2011).

Diagnosis keperawatan aktual dirumuskan apabila masalah keperawatan sudah terjadi pada keluarga. Tanda dan gejala dari masalah keperawatan sudah dapat ditemukan oleh perawat berdasarkan hasil pengkajian keperawatan. Contoh diagnosis keperawatan keluarga aktual adalah sebagai berikut.

Bp. R memiliki anak yang mengalami diare sejak semalam yaitu An. A berumur 5 tahun. Berak cair sudah 5 kali dan muntah 5 kali, badan lemah. Diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan pada keluarga Bp. R ini adalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada An. A keluarga Bp. R.

Diagnosis keperawatan keluarga tersebut merupakan tipe aktual, karena sudah terdapat tanda dan gejala bahwa An. A sudah terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Diagnosis keperawatan keluarga tipe aktual yang dapat dirumuskan dari kasus di atas sebagai berikut.

- a. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh.
- b. Gangguan pola napas.
- c. Gangguan pola tidur.
- d. Disfungsi proses keluarga.
- e. Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga.

2. Diagnosis keperawatan promosi kesehatan

Diagnosis keperawatan yang kedua adalah diagnosis promosi kesehatan yang dapat digunakan di seluruh status

kesehatan. Namun, kesiagaan individu, keluarga, dan masyarakat untuk melakukan promosi kesehatan memengaruhi mereka untuk mendapatkan diagnosis promosi kesehatan.

Kategori diagnosis keperawatan keluarga ini diangkat ketika kondisi klien dan keluarga sudah baik dan mengarah pada kemajuan. Meskipun masih ditemukan data yang maladaptif, tetapi klien dan keluarga sudah mempunyai motivasi untuk memperbaiki kondisinya, maka diagnosis keperawatan promosi kesehatan ini sudah bisa diangkat. Setiap label diagnosis promosi kesehatan diawali dengan frase: “Kesiagaan meningkatkan” (Nanda, 2010).

Contoh diagnosis promosi kesehatan.

Keluarga Bp. D dengan diabetes mellitus, saat pengkajian keperawatan dilakukan identifikasi data. Data yang ditemukan adalah gula darah acak (GDA) 120 mg/dl, Bp. D melaksanakan diet DM, tetapi Bp. D jarang berolah raga. Bp. D kurang memahami pentingnya olah raga, meskipun sudah pernah dilakukan penyuluhan kesehatan.

Diagnosis keperawatan keluarga yang dapat dirumuskan adalah kesiagaan meningkatkan pengetahuan pada Bp. D. Diagnosis keperawatan tipe promosi kesehatan diangkat, karena pada Bp. D dengan penyakit DM sudah menunjukkan kondisi yang sudah baik, meskipun jarang berolah raga. Bp. D sudah pernah mendapatkan penyuluhan kesehatan meskipun kurang memahami informasi tentang pentingnya berolah raga. Pada kasus ini Bp. D masih sangat memungkinkan untuk dapat meningkatkan pengetahuannya tentang olah raga.

Tipe diagnosis keperawatan keluarga promosi kesehatan yang dapat dirumuskan dari kasus di atas adalah kesiagaan meningkatkan:

- a. nutrisi;
- b. komunikasi;
- c. pembuatan keputusan;
- d. pengetahuan;
- e. religiusitas.

3. Diagnosis keperawatan risiko

Diagnosis keperawatan ketiga adalah diagnosis keperawatan risiko, yaitu menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang mungkin berkembang dalam kerentanan individu, keluarga, dan komunitas. Hal ini didukung oleh faktor-faktor risiko yang berkontribusi pada peningkatan kerentanan. Setiap label dari diagnosis risiko diawali dengan frase: “risiko” (Nanda, 2011). Contoh diagnosis risiko antara lain adalah, ***“Risiko kekurangan volume cairan, Risiko terjadinya infeksi, Risiko intoleran aktivitas, Risiko ketidakmampuan menjadi orang tua, Risiko distress spiritual”***.

4. Diagnosis keperawatan sejahtera

Diagnosis keperawatan keluarga yang terakhir adalah diagnosis keperawatan sejahtera. Diagnosis ini menggambarkan respon manusia terhadap level kesejahteraan individu, keluarga, dan komunitas, yang telah memiliki kesiapan meningkatkan status kesehatan mereka. Sama halnya dengan diagnosis promosi kesehatan, maka diagnosis sejahtera diawali dengan frase: “Kesiagaan Meningkatkan”.....(Nanda, 2011). Kesiagaan meningkatkan pengetahuan, Kesiagaan meningkatkan koping, Kesiagaan meningkatkan koping keluarga, Kesiapan meningkatkan koping komunitas
Contoh diagnosis sejahtera:

“Kesiagaan meningkatkan pengetahuan, Kesiagaan meningkatkan koping, Kesiagaan meningkatkan koping keluarga, Kesiapan meningkatkan koping komunitas”

Penulisan diagnosis keperawatan perlu ditambahkan inisial anggota keluarga yang sakit dan kepala keluarga. Tujuannya untuk memudahkan pemberian asuhan keperawatan karena tepat sasaran. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan

memiliki tujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan saling ketergantungan. Dalam sebuah keluarga bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga.

Keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Tujuan keperawatan keluarga adalah kemandirian keluarga dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Perawat memiliki peranan penting dalam meningkatkan dan membantu masalah kesehatan yang dialami dalam keluarga, untuk itulah penegakan diagnosis keperawatan sangat perlu diperhatikan, berikut ini adalah daftar diagnosis keperawatan keluarga yang sering ditegakkan dalam pemberian asuhan atau pelayanan keperawatan keluarga.

Menurut Simamora (2020) Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

1. Diagnosis sehat/*wellness*

Diagnosis kesehatan/ pelayanan kesehatan digunakan bila keluarga perlu potensi untuk ditingkatkan tetapi belum ada maladaptif. Ungkapan diagnosis perawatan di rumah yang mungkin hanya terdiri dari bagian masalah (P) atau bagian P (masalah) dan S (gejala / tanda), tanpa bagian penyebabnya.

2. Diagnosis ancaman

Diagnosis ancaman digunakan bila tidak terpapar pada masalah kesehatan, tetapi beberapa data maladaptif

telah ditemukan untuk memungkinkan terjadinya penyakit. Rumusan diagnosis perawatan di rumah berisiko meliputi masalah (P), penyebab (E) dan gejala/ tanda (S).

3. Diagnosis / penyakit yang sebenarnya

Diagnosis penyakit yang digunakan pada saat ada penyakit /gangguan kesehatan dalam keluarga didukung oleh beberapa data indikasi yang merugikan. Rumusan diagnosis perawatan di rumah yang sebenarnya meliputi masalah (P), penyebab (E), dan gejala / tanda (S).

Ungkapan masalah (P) merupakan respon terhadap interupsi dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Penyebab (E) melibatkan 5 tanggung jawab keluarga, yaitu:

1. Keluarga tidak dapat mengidentifikasi masalah, termasuk:
 - a. Persepsi tingkat keparahan penyakit
 - b. Definisi
 - c. Tanda dan gejala
 - d. Sebab
 - e. Pandangan keluarga tentang masalah tersebut
2. Keluarga tidak dapat mengambil keputusan, termasuk:
 - a. Pengetahuan keluarga tentang sifat dan tingkat masalah
 - b. Keluarga merasakan masalahnya
 - c. Keluarga itu menyerah atas masalah yang dialaminya
 - d. Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e. Kurangnya kepercayaan pada petugas kesehatan
 - f. Informasinya salah
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit meliputi:
 - a. Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit?
 - b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan

- c. Sumber sumber yang ada didalam keluarga
- d. Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
 - a. Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b. Pentingnya hygiene sanitasi
 - c. Upaya pencegahan penyakit
- 5. Keluarga tidak dapat menggunakan fasilitas keluarga, antara lain:
 - a. Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b. Manfaat
 - c. Kepercayaan keluarga pada petugas kesehatan
 - d. Pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi keluarga.

Setelah dilakukan analisis data dan penentuan masalah perawatan keluarga maka perlu diutamakan masalah kesehatan keluarga yang ada dalam keluarga dengan menitikberatkan pada sumber daya dan sumber dana yang dimiliki oleh keluarga.

5.3 Daftar Diagnosis Keperawatan Keluarga.

Perawat memiliki peranan penting dalam meningkatkan dan membantu masalah kesehatan yang dialami dalam keluarga, untuk itulah penegakan diagnosis keperawatan sangat perlu diperhatikan, berikut ini adalah daftar diagnosis keperawatan keluarga yang sering ditegakkan dalam pemberian asuhan atau pelayanan keperawatan keluarga.

1. Ketidakmampuan koping keluarga

Perilaku orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang membatasi kemampuan dirinya dan klien untuk beradaptasi dengan masalah kesehatan yang dihadapi klien. Diagnosis ini dapat terjadi karena adanya;

- 1. Hubungan keluarga ambivalen (kurang menyenangkan)

2. Pola koping yang berbeda diantara klien dan orang terdekat.
3. Resistensi keluarga terhadap perawatan/pengobatan yang kompleks
 - a. Ketidakmampuan orang terdekat mengungkapkan perasaan
 - b. Gejala dan tanda yang ditimbulkan adalah
 - c. Merasa diabaikan
 - d. Merasa tertekan
 - e. Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga
 - f. Tidak toleran
 - g. Mengabaikan anggota keluarga
 - h. Agresi
 - i. Agitasi
 - j. Perilaku menolak
 - k. Perilaku bermusuhan
 - l. Ketergantungan anggota keluarga meningkat

2. Penurunan Koping Keluarga

Ketidakadekuatan atau ketidakefektifan dukungan, rasa nyaman, bantuan dan motivasi orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang dibutuhkan klien untuk mengelola atau mengatasi masalah kesehatannya. Penyebab masalah ini muncul adalah;

- a. Disorganisasi keluarga
- b. Perubahan peran keluarga
- c. Kurangnya saling mendukung
- d. Orang terdekat kurang terpapar informasi
- e. Orang terdekat terlalu fokus pada kondisi di luar keluarga

Gejala dan tanda yang ditimbulkan

- a. Mengeluh tentang respons orang terdekat pada masalah kesehatan
- b. Orang terdekat menarik diri dari klien
- c. Terbatasnya komunikasi orang terdekat dengan klien.

- d. Bantuan dari orang terdekat menunjukkan hasil yang tidak memuaskan.
3. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
- Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga. Masalah ini dapat disebabkan oleh:
- a. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan
 - b. Kompleksitas program perawatan/pengobatan
 - c. Konflik pengambilan keputusan
 - d. Kesulitan ekonomi
 - e. Konflik keluarga/banyak tuntutan
 - f. Gejala dan tanda yang ditimbulkan
 - g. Tidak memahami masalah kesehatan yang diderita
 - h. Kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan
 - i. Penyakit anggota keluarga semakin memberat
 - j. Keluarga gagal mengurangi faktor risiko
4. Gangguan proses keluarga
- Perubahan dalam hubungan atau fungsi keluarga yang dapat disebabkan adanya
- a. Perubahan status kesehatan anggota keluarga
 - b. Perubahan finansial keluarga
 - c. Krisis perkembangan
 - d. Perubahan peran keluarga
 - e. Peralihan pengambilan keputusan dalam keluarga

Gejala dan tanda yang ditimbulkan

- a. Keluarga tidak mampu mengungkapkan perasaan secara leluasa
- b. Keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan fisik/emosional/spiritual anggota keluarga
- c. Keluarga tidak mampu mencari atau menerima bantuan secara tepat

5. Ketegangan Peran Pemberi Asuhan

Kesulitan dalam melakukan peran pemberi asuhan dalam keluarga. Keadaan ini dapat disebabkan adanya:

- a. Beratnya/kronisnya penyakit penerima asuhan
- b. Pemberi asuhan kurang mendapatkan waktu istirahat dan reaksi
- c. Ketidakadekuatan lingkungan fisik dalam pemberian asuhan
- d. Keluarga atau pemberi asuhan jauh dari kerabat lain
- e. Kompleksitas dan jumlah aktivitas pemberi asuhan

Gejala dan tanda yang ditimbulkan

- a. Khawatir klien akan kembali dirawat di rumah sakit
- b. Khawatir tentang kelanjutan perawatan klien
- c. Khawatir tentang ketidakmampuan pemberi asuhan dalam merawat klien.

6. Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga

Pola adaptasi anggota keluarga dalam mengatasi situasi yang dialami klien secara efektif dan menunjukkan keinginan serta kesiapan yang dialami klien secara efektif dan menunjukkan keinginan serta kesiapan untuk meningkatkan kesehatan keluarga klien.

Diagnosis ini termasuk dalam jenis positif (potensial), dapat diangkat jika keluarga menyatakan

- a. Anggota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat
- b. Anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan

7. Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua

Pola pemberian lingkungan bagi anak atau anggota keluarga yang cukup untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan serta dapat ditingkatkan.

Diagnosis ini dapat ditegakan, bila;

- a. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua
- b. Tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga

8. Kesiapan Peningkatan Proses Keluarga

Pola fungsi keluarga yang cukup untuk mendukung kesejahteraan anggota keluarga dan dapat ditingkatkan. Diagnosis ini dapat ditegakan jika ditemukan gejala dan tanda;

- a. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan dinamika keluarga
- b. Menunjukkan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik, sosial dan psikologis anggota keluarga
- c. Menunjukkan aktivitas untuk mendukung keselamatan dan pertumbuhan anggota keluarga
- d. Peran keluarga fleksibel dan tepat dengan tahap perkembangan
- e. Terlihat adanya respek dengan anggota keluarga

9. Pencapaian Peran Menjadi Orang Tua

Terjadinya proses interaktif antar anggota keluarga (suami-istri, anggota keluarga dan bayi) yang ditunjukkan dengan perkembangan bayi yang optimal. Diagnosis ini dapat ditegakan jika ditemukan tanda

- a. *Bounding attachment* optimal
- b. Perilaku positif menjadi orang tua
- c. Saling berinteraksi dalam merawat bayi
- d. Melakukan stimulasi visual, taktil atau pendengaran terhadap bayi.

10. Risiko Gangguan Perlengketan

Berisiko mengalami gangguan interaksi antara orang tua atau orang terdekat dengan bayi/anak yang dapat

mempengaruhi proses asah, asih dan asuh. Keadaan ini dapat terjadi dengan faktor risiko:

- a. Khawatir menjalankan peran sebagai orang tua
- b. Perpisahan antara ibu dan bayi/anak akibat hospitalisasi
- c. Penghalang fisik (mis. inkubator, baby warmer)
- d. Ketidakmampuan orang tua memenuhi kebutuhan bayi/anak
- e. Perawatan dalam ruang isolasi
- f. Prematuritas
- g. Konflik hubungan antara orang tua dan anak
- h. Perilaku bayi tidak terkoordinasi.

11. Risiko Proses Pengasuhan Tidak Efektif

Berisiko mengalami proses kehamilan, persalinan, dan setelah melahirkan termasuk perawatan bayi baru lahir yang tidak sesuai dengan konteks norma dan harapan. Diagnosis ini dapat diangkat jika ditemukan faktor risiko:

- a. Kekerasan dalam rumah tangga
- b. Kehamilan tidak diinginkan/direncanakan
- c. Kurang terpapar informasi tentang proses persalinan/pengasuhan
- d. Ketidak berdayaan maternal
- e. Distres psikologis
- f. Ketidaknyamanan selama persalinan
- g. Akses pelayanan kesehatan sulit dijangkau
- h. Ketidaksesuaian kondisi bayi dengan harapan
- i. Ketidakamanan lingkungan untuk bayi

5.4 Menentukan Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga

Menurut Bailon dan Maglaya (1989) keluarga merupakan dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adposi, dalam satu rumah tngga berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan

menciptakan serta mempertahankan suatu perawatan kesehatan keluarga adalah perawatan kesehatan yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau satu kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuannya yang dilakukan oleh perawat professional dengan proses keperawatan keluarga. Proses keperawatan keluarga mengikuti pola keperawatan secara umum yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, intervensi dan implementasi serta seperti pada proses keperawatan pada umumnya pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan yang terdiri dari wawancara, pengamatan, studi dokumentasi, dan pemeriksaan fisik. Setelah melakukan pengkajian tahap selanjutnya perawat melakukan perumusan masalah atau diagnosa keperawatan terbagi menjadi aktual (terjadi *deficit*/gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan) dan potensial/*wallness* (keadaan sejahtera). Selanjutnya menentukan prioritas diagnosa yang ditemukan. Untuk menentukan prioritas diagnosa menggunakan skala (Baylor dan Maglaya).

Tabel 5.1 Skala Bailo dan Maglaya

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah -Tidak / kurang sehat -Ancaman kesehatan -Keadaan sejahtera	2 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah - Mudah -Sebagian -Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk dicegah -Tinggi -Cukup - Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah - Masalah berta harus segera	2	1

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
	ditangani		
	– Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
	– Masalah tidak dirasakan	0	

Dengan metode sebagai berikut

1. Tentukan skor untuk tiap kriteria
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
4. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot.

Kriteria I (sifat masalah)

1. Kurang / tidak sehat
 - ✓ Keadaan sakit (sesudah atau sebelum didiagnosa)
 - ✓ Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.
2. Ancaman kesehatan
 - ✓ Penyakit keturunan, seperti asma, DM, dll
 - ✓ Anggota keluarga ada yang menderita penyakit menular, seperti TBC, gonore, hepatitis, dll
 - ✓ Jumlah anggota terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan sumber daya keluarga
 - ✓ Keadaan yang menimbulkan stress (hubungan keluarga tidak harmonis, hubungan orang tua dan anak yang tegang, orang tua yang tidak dewasa)
 - ✓ Sanitasi lingkungan yang buruk
 - ✓ Kebiasaan yang merugikan kesehatan (merokok, minuman keras, dll)
 - ✓ Riwayat persalinan sulit
 - ✓ Imunisasi anak yang tidak lengkap
3. Situasi krisis
 - ✓ Perkawinan
 - ✓ Kehamilan
 - ✓ Persalinan

- ✓ Masa nifas
- ✓ Penambahan anggota keluarga (bayi)
- ✓ DII

Kriteria II (kemungkinan masalah dapat diubah)

1. Pengetahuan yang ada sekarang, teknolog dan tindakan untuk menangani masalah
2. Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keungan dan tenaga.
3. Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu
4. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.

Kriteria III (potensi masalah dapat dicegah)

1. Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit/masalah
2. Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
3. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah
4. Adanya kelompok "High Risk: atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

Kriteria IV (menonjolnya masalah)

Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, T. Elizabeth, Farlen, Mc. Judith. 2000. Community As Partner Theory and Practice in Nursing. Philadelphia. Lippincott.
- Carpenito, Lynda Juall. 2000. Buku Diagnosa Keperawatan. Editor Monica Ester. EGC : Jakarta.
- Effendy N. 1998. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, EGC. Jakarta
- Friedman, M.M, Bowden, V.R. & Jones, E.G. 2003. Family nursing: Research, Theory & Practice. (5th ed.), New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, M.M. 1998. Family nursing: Research, Theory & Practice. (4th ed.), California: Appleton and Lange.
- Hanson, S.M.H., & Boyd, S.T. 1996. Family Health care nursing: Theory, Practice and research, Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Maglaya, Arceli. 2009. Nursing Practice In the Community. Marikina City: Argonauta Corporation.
- Nanda. 2014. Diagnosis Keperawatan, EGC. Jakarta
- Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2012
- PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.
- Stanhope, M. & Lancaster. J. 2009. Community health nursing. Process and practice for promoting health. Mosby Company, USA.
- Swanson M. Janice, Nies. Mary. 1997. Community Health Nursing Promoting the Health of Aggregate. Philadelphia: WB. Saunders.

BAB 6

PERENCANAAN ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh Mei Rianita Elfrida Sinaga

6.1 Pendahuluan

Salah satu pelayanan kesehatan di tingkat komunitas yang bersifat holistik yaitu keperawatan keluarga dimana pelayanan ini memposisikan keluarga termasuk anggota keluarga sebagai fokus pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dimulai dari tahap pengumpulan data untuk penentuan masalah, diagnosis, prioritas masalah, perencanaan asuhan, implementasi, serta evaluasi masalah kesehatan keluarga (Kholifah and Widagdo, 2016).

6.2 Tujuan

Adapun tujuan perencanaan asuhan keperawatan pada keluarga dilakukan untuk mewujudkan tingkat kemandirian dalam hal pelaksanaan tugas keluarga yang mencakup lima tugas, yaitu keluarga mampu mengenali/mengetahui masalah kesehatan yang dihadapi anggota keluarga, mampu memilih keputusan secara tepat dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga, mampu merawat anggota keluarga yang sakit, mampu memodifikasi/meredesain lingkungan yang kondusif, dan mampu menggunakan jasa pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk memelihara dan merawat anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan (Kholifah and Widagdo, 2016).

Uraian penjelasan tugas keluarga dalam menyusun perencanaan keperawatan keluarga perlu memperhatikan hal-hal berikut ini:

1. Tahu dan kenal masalah kesehatan yang dirasakan saat ini:
Bagaimana keluarga dapat memahami penyakit yang dialami

seperti tanda dan gejala penyakit yang dirasakan anggota keluarganya, hal yang menjadi penyebab/pencetus munculnya masalah penyakit, bagaimana penularannya dapat diatasi, dan tingkat keseriusan masalah yang ditimbulkan.

2. Mengambil keputusan secara tepat: Bagaimana keluarga dapat melakukan tindakan pengobatan yang tepat sesuai dengan masalah yang dirasakan anggota keluarga yang sakit, apakah menggunakan pengobatan medis atau pengobatan tradisional sesuai dengan budaya yang dipahami.
3. Melakukan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit. Bagaimana keluarga dalam memenuhi kebutuhan baik fisik, psikologis, sosial, spiritual bagi anggota keluarga yang sakit, bagaimana cara pencegahan dan perawatan yang sudah dilakukan.
4. Mendesain/meredesain lingkungan yang kondusif. Bagaimana keluarga menyiapkan lingkungan yang nyaman baik fisik, psikologis, sosial dan spiritual bagi anggota keluarga yang sakit seperti hygiene sanitasi, pencahayaan, kebersihan, waktu, pendampingan dan kekompakan/dukungan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan. Bagaimana keluarga menggunakan fasilitas kesehatan baik faskes tingkat I atau II, kepercayaan keluarga terhadap petugas Kesehatan, frekuensi kunjungan ke faskes, membawa anggota keluarga yang sakit periksa dan kontrol ke pelayanan kesehatan.

6.3 Peran Keluarga dalam Perencanaan Asuhan

Salah satu dampak dari pandemic Covid-19 adanya perubahan interaksi dan pola komunikasi dalam keluarga. Komunikasi ini sangat penting untuk membangun ketahanan keluarga dalam merespon Covid-19 saat ini sehingga keberadaan keluarga dalam perencanaan asuhan keperawatan sangat diperlukan. Komunikasi yang efektif antara perawat dan keluarga

penting untuk meningkatkan kesadaran keluarga dalam pencapaian lima tugas keluarga (Patungo, Thome and Nompo, 2021). Kondisi ini juga didukung oleh hasil penelitian bahwa pengobatan anggota keluarga yang menderita Diabetes Mellitus memberi dampak positif dengan dukungan keluarga seperti menjaga gaya hidup sehat, sering berolahraga, menjaga pola makan yang sehat, tidak mengkonsumsi lemak atau makanan siap saji, dan memelihara kepatuhan terhadap diet yang dianjurkan (Wijayanti and Kurniawati, 2021). Bahkan referensi lainnya menyebutkan bahwa peran keluarga ini sangat diperlukan bagi anggota keluarga dengan penyakit kronis (Widiyanto *et al.*, 2021).

6.4 Tahapan Penyusunan Perencanaan Asuhan

Untuk menyusun perencanaan asuhan keperawatan keluarga terlebih dahulu menentukan tujuan (umum dan khusus), kemudian menetapkan kriteria hasil, dan terakhir Menyusun rencana asuhan dengan tujuan mengatasi masalah kesehatan keluarga. Tujuan mengandung unsur SMART (Spesific, Measurable, Achievable, Real, Timeable) artinya bersifat dapat diterima logika, tepat sasaran sesuai dengan permasalahan, dan memiliki target waktu disesuaikan dengan sumber daya keluarga. Penetapan standar dan kriteria menggunakan panduan NOC/SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia), dapat diukur dan diobservasi.

Dalam menyusun perencanaan keperawatan keluarga, beberapa hal berikut perlu dipertimbangkan (Widagdo, 2016).

1. Perencanaan disusun berorientasi terhadap pemecahan masalah
2. Perencanaan yang disusun dapat dilakukan secara mandiri oleh keluarga
3. Perencanaan disusun sesuai masalah Kesehatan
4. Perencanaan yang disusun sederhana dan mudah dilakukan
5. Perencanaan dapat dilakukan berkelanjutan oleh keluarga
6. Perencanaan yang disusun sesuai dengan sumber daya dan dana keluarga

6.5 Perhitungan Skoring Keperawatan Keluarga

Perhitungan skoring dilakukan untuk menentukan prioritas masalah keluarga. Dalam menyusun prioritas masalah perlu memperhatikan beberapa hal berikut.

Tabel 6.1 Kriteria Perhitungan Skoring Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah		
	Tidak/kurang sehat	2	1
	Ancaman kesehatan	2	
	Situasi krisis	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Mudah	2	2
	Sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	Tinggi	3	1
	Cukup	2	
	Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		
	Masalah berat harus segera ditangani	2	1
	Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber: Friedman (2010)

1. Kriteria I Sifat masalah
 - a. Tidak/kurang sehat: dalam kondisi sakit baik sebelum atau sesudah penegakkan diagnosa, gagal dalam tumbuh kembang.
 - b. Ancaman Kesehatan: penyakit genetik, penyakit menular, anggota keluarga banyak yang kurang didukung oleh dengan sumber daya keluarga, kondisi di keluarga yang menyebabkan stres, sanitasi lingkungan kurang baik, kebiasaan sehari-hari yang merugikan seperti merokok, adanya Riwayat persalinan sulit, belum lengkapnya imunisasi anak.
 - c. Situasi krisis: ikatan pernikahan, kehamilan, poses melahirkan, kondisi ibu setelah melahirkan, adanya penambahan anggota keluarga.

2. Kriteria II Kemungkinan masalah untuk diubah

Kondisi ini dipengaruhi oleh pengetahuan saat ini, pemanfaatan teknologi dalam menyelesaikan masalah, sumber daya keluarga baik fisik, tenaga, keuangan, sumber daya tenaga kesehatan dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, waktu, sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, dukungan, peran kader dan TOMA/TOGA.

3. Kriteria III Potensial masalah untuk dicegah

Kondisi ini dipengaruhi oleh kepelikan masalah yang dirasakan kaitannya dengan penyakit yang diderita, lamanya masalah dialami, tindakan yang sedang dijalankan, dan adanya kelompok “high risk”.

4. Kriteria IV Menonjolnya masalah

Dalam hal ini perawat perlu menilai persepsi dari sudut pandang keluarga, bagaimana keluarga memahami masalah yang dirasakan saat ini.

Perhitungan skoring ini dilakukan untuk setiap masalah keperawatan yang muncul. Tentukan skor untuk masing-masing kriteria. Kemudian skor dibagi dengan nilai tertinggi pada kriteria tersebut, dikalikan dengan bobot masing-masing kriteria. Jumlahkan skor dari masing-masing kriteria. Yang menjadi prioritas pertama adalah masalah keperawatan dengan skor yang paling tinggi mencakup 4 kriteria. Untuk memperkuat skoring tersebut perlu diberikan justifikasi dengan uraian data sesuai dengan hasil pengkajian dari masalah keluarga.

$$\text{Rumus: } \frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

6.6 Contoh Dokumentasi Perencanaan Keperawatan Keluarga

Data berikut merupakan hasil kelolaan dari keluarga binaan. (IPKKI, 2017).

Tabel 6.2 Contoh Dokumentasi Perencanaan Keperawatan Keluarga

Analisa Data	Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
Tgl 12-1-2022 jam 13.40 WIB DS: -Ibu J mengatakan menderit sakit gula sudah 16 tahun sejak anak kedua usia 3 tahun dan tensi naik setelah vaksin. -Ibu J mengatakan tiap bulan rutin periksa ke Puskesmas	Tgl 12-1-2022 jam 13.45 WIB Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada keluarga Bp.R (00080).	Tgl 12-1-2022 jam 13.50 WIB Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x kunjungan keluarga mampu: 1. Mengetahui masalah kesehatan Pengetahuan: Manajemen Diabetes mellitus a. Menyebutkan	Tgl 12-1-2022 jam 13.55 WIB Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan Pengajaran: Proses penyakit a. Kaji tingkat pengetahuan keluarga terkait proses penyakit b. Jelaskan mengenai penyakit Diabetes Millitus c. Identifikasi kemungkinan

Analisa Data	Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
tetapi obatnya tidak diminum. -Ibu J mengatakan mengurangi gula dan garam, kalau makan biasa. -Bapak R mengatakan mengetahui gula darah tinggi pada saat skrining, karena habis minum kopi -Bapak R mengatakan tidak paham dengan penyakitnya. - Bapak R mengatakan mulai mengurangi minum kopi. -Bapak R dirujuk periksa ke Puskesmas tetapi belum memeriksakan diri. - Ibu R (mertua) mengatakan ada riwayat hipertensi rutin minum Amlodipin 10 mg. DO: -Pada Bp.R: TD 140/90 mmHg, GD 202 mg/dl, IMT 27,9 (obesitas) -Pada ibu J: TD 160/90 mmHg, GD 170 mg/dl -Pada ibu R		pengertian Diabetes Melitus. b. Menyebutkan penyebab Diabetes Melitus. c. Menyebutkan tanda dan gejala Diabetes Melitus. d. Menyebutkan komplikasi atau akibat lanjut dari Diabetes Melitus.	penyebab penyakit d. Diskusikan perubahan gaya hidup untuk mencegah komplikasi.

Analisa Data	Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
(mertua): TD 100/60 mmHg, hasil kolesterol >300 mg/dl			
		2. Keluarga mampu mengambil keputusan Kepercayaan kesehatan: - Merasakan pentingnya mengambil tindakan - Merasakan ancaman jika tidak bertindak - Mendapatkan sumber-sumber untuk melakukan tindakan - Merasakan manfaat dari tindakan.	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat Dukungan pengambilan keputusan: - Tanyakan kepada keluarga informasi tentang tindakan penanganan masalah yang sudah didapatkan berhubungan dengan masalah saat ini yang sedang dihadapi. - Jelaskan/diskusikan akibat yang dapat timbul apabila masalah tidak ditangani. - Jelaskan kepada keluarga alternatif tindakan yang dapat dilakukan. - Berikan informasi sesuai permintaan keluarga. - Tanyakan keputusan keluarga untuk menangani masalah.
		3. Keluarga mampu memberikan perawatan Perilaku patuh: diet yang disarankan - Berpartisipasi dalam menetapkan diet yang bisa di capai dengan profesional kesehatan. - Memilih porsi yang sesuai dengan diet yang ditentukan.	Keluarga mampu merawat keluarga yang sakit Manajemen nutrisi yang tepat - Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. - Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan

Analisa Data	Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
		c. Menghindari makanan dan minuman yang tidak diperbolehkan dalam diet. d. Rencana makan sesuai dengan diet yang ditentukan. Perilaku patuh: pengobatan yang disarankan a. Membuat daftar semua obat dengan dosis dan frekuensi pemberian. b. Minum obat sesuai dosis. c. Memantau efek terapeutik obat.	tertentu berdasarkan perkembangan usia. c. Pastikan diet mencakup makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. Manajemen obat: a. Tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep atau protokol. b. Kaji ulang keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang dikonsumsi. c. Pantau kepatuhan mengenai regimen obat.
		4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan Deteksi risiko a. Mengenali tanda dan gejala yang mengidentifikasi risiko. b. Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan. c. Memanfaatkan sumber-sumber untuk mengetahui risiko kesehatan pribadi.	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan Bantuan pemeliharaan rumah a. Tentukan kebutuhan pemeliharaan rumah. b. Sediakan informasi mengenai bagaimana membuat rumah aman dan bersih. c. Bantu anggota keluarga untuk mengembangkan harapan yang realistis diri mereka sendiri dalam melaksanakan peran mereka.
		5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Pengetahuan tentang sumber kesehatan a. Mengetahui sumber perawatan	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Panduan sistem pelayanan kesehatan: a. Bantu keluarga memilih profesional perawatan

Analisa Data	Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
		kesehatan b. Mengetahui sumber daya komunitas yang tersedia. c. Mengetahui strategi untuk mengakses layanan kesehatan.	kesehatan yang tepat. b. Anjurkan keluarga mengenai jenis pelayanan kesehatan yang bisa diharapkan. c. Informasikan kepada keluarga mengenai sumber daya yang ada di masyarakat. d. Dorong konsultasi dengan profesional perawatan.

Sumber: Data Kelolaan Keluarga Binaan (2022)

DAFTAR PUSTAKA

- IPKKI, (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia. 2017. *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, Dan Komunita dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*.
- Kholifah, S. N. and Widagdo, W. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Patungo, V., Thome, A. L. and Nompo, R. S. 2021. The 4th International Virtual Conference on Nursing', in *Family Nursing Care During the COVID-19 Pandemic*. Knowledge E, pp. 490–495. doi: 10.18502/kls.v6i1.8639.
- Widagdo, W. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. 2010. *Family Nursing Research, Theory, & Practice*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Widiyanto, A. *et al.* 2021. The Implementation of Family Nursing Care to Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review', *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(1), pp. 1225–1233. doi: 10.30994/sjik.v10i1.753.
- Wijayanti, E. S. and Kurniawati, R. 2021. Family Nursing Care with Diabetes Mellitus Problems Readiness to increase Family Coping: A Case Study in Lamongan', *Journal of Vocational Nursing*, 2(2), pp. 128–131.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: definisi dan tindakan keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: definisi dan luaran keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

BAB 7

INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Hariati

7.1 Pengertian Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan penilaian klinis yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil klien. Intervensi keperawatan meliputi langsung dan tidak langsung peduli; yang ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat yang dilakukan oleh perawat. Setiap tindakan atau respons klinis pada tanggapan afektif kognitif internal, yang terjadi dikonteks hubungan perawat-klien yang mempengaruhi individu, keluarga, atau fungsi komunitas yang ada di masyarakat. Intervensi biasanya menyiratkan tindakan satu kali dengan batas yang jelas. Intervensi keperawatan harus fokus pada perilaku perawat dan keluarga respon diikuti oleh respon perawat terhadap keluarga dan lain sebagainya (Shajan & Snell, 2019).

Perilaku perawat dan perilaku klien dikontekstualisasikan dalam hubungan perawat-klien dan karena itu interaksional. Ini berbeda dari diagnosis keperawatan dan hasil keperawatan, yang berfokus pada perilaku klien dan biasanya tidak bersifat interaksional. Fenomena interaksional terjadi dimana respon perawat (intervensi) karena tanggapan klien/anggota keluarga (outcome) yang, pada gilirannya, dikarenakan tanggapan seorang perawat. Untuk fokus hanya pada klien perilaku atau perilaku perawat tidak memperhitungkan hubungan antara perawat dan klien. Semua intervensi keperawatan kami bersifat interaksional yaitu, tidak melakukan untuk atau untuk pasien tetapi dengan pasien. Perawatan intervensi diaktualisasikan hanya dalam suatu

hubungan. Namun, beberapa perawat menemukan klasifikasi intervensi keperawatan untuk membantu dalam menyediakan bahasa untuk menggambarkan dan mengkonseptualisasikan tertentu upaya pengobatan.

Intervensi perawatan keluarga dirancang oleh perawat dan keluarga untuk fokus pada masalah yang diidentifikasi sebagai paling prioritas atau sebagai penyebab stressor bagi keluarga. Rencana tersebut harus memperhitungkan preferensi keluarga untuk pengambilan keputusan dan harus bertemu dengan keluarga kebutuhan literasi kesehatan anggota. Lebih spesifik rencana tindakan keluarga dan intervensi, lebih positif hasilnya. Peran perawat adalah memberikan bimbingan kepada keluarga, memberikan informasi, dan membantu dalam intervensi perencanaan. Bekerja sama dengan keluarga membantu untuk mengklarifikasi informasi dan sumber daya apa yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Empat poin berikut akan membantu keluarga memecah rencana menjadi langkah-langkah tindakan: membutuhkan jenis bantuan, membutuhkan informasi, membutuhkan persediaan, melibatkan atau memberi tahu orang tentang rencana aksi keluarga kami.

Untuk tujuan kejelasan dan evaluasi, rencana ini harus berupa dokumen tertulis. Langkah-langkah tindakan atau intervensi harus jelas dan singkat. Rencana harus menguraikan secara spesifik siapa yang perlu melakukan apa dengan kapan dan juga mengartikulasikan kerangka waktu di mana perawat akan menindaklanjuti. Langkah terakhir dari setiap tindakan keluarga. Rencana harus mencakup evaluasi yang melibatkan perawat dan keluarga merefleksikan dan berbagi ide tentang apa berjalan dengan baik, apa yang perlu terus dibenahi oleh keluarga, dan jalan untuk mencari bantuan di masa depan. Bekerjasama dengan keluarga untuk meningkatkan kesehatan dan beradaptasi adalah tujuan utama dari perawatan kesehatan keluarga.

Perawat membantu dengan memberikan perawatan langsung, menghapus hambatan untuk layanan yang dibutuhkan, dan meningkatkan itu kapasitas keluarga untuk bertindak atas namanya sendiri dan memikul tanggung jawab. Intervensi

keperawatan keluarga dapat diarahkan untuk meningkatkan hasil kesehatan anggota dengan penyakit atau kondisi, hasil terkait kesehatan anggota keluarga dari perawatan, atau kombinasi keduanya. salah satu dari aspek penting dari bekerja dengan keluarga adalah hubungan perawat-keluarga, yang merupakan intervensi dalam dan dari dirinya sendiri sebagai keluarga dapat mengalami rasa kekuatan, kenyamanan, dan kepercayaan diri yang dapat terapeutik dan bermanfaat. Perawat bertanggung jawab untuk membantu keluarga melaksanakan rencana asuhan. Perawat dapat berasumsi peran guru, panutan, pelatih, konselor, advokat, koordinator, konsultan, dan evaluator dalam membantu keluarga untuk mengimplementasikan rencana asuhan mereka bersama-sama menciptakan. Jenis intervensinya adalah tak terbatas karena dirancang bersama keluarga untuk memenuhi kebutuhannya dalam konteks cerita keluarganya.

7.2 Tujuan Intervensi

Tujuan dari setiap intervensi keperawatan adalah untuk mengetahui rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien. Oleh karena itu, efektif Intervensi keperawatan adalah intervensi yang ditanggapi oleh klien dan keluarga karena cocok antara intervensi yang ditawarkan oleh perawat dan struktur biopsikososial-spiritual anggota keluarga. Dalam relasional berlatih dengan keluarga, tidak ada intervensi standar yang ditentukan sebelumnya untuk digunakan di sejumlah keluarga. Sebaliknya, perawat, bekerja sama dengan keluarga tertentu, menentukan intervensi apa yang paling berguna untuk keluarga mengalami penyakit tertentu.

7.3 Jenis – Jenis Intervensi Promosi Kesehatan

Membina kesehatan keluarga sebagai satu kesatuan dan mendorong keluarga untuk menghargai dan menggabungkan promosi kesehatan ke dalam gaya hidup mereka sangat penting

komponen praktik keperawatan keluarga. Kesehatan keluarga Promosi mengacu pada kegiatan yang melibatkan keluarga untuk memperkuat keluarga sebagai satu kesatuan. Kesehatan keluarga promosi telah didefinisikan sebagai proses dimana keluarga bekerja untuk meningkatkan atau mempertahankan fisik, kesejahteraan sosial, emosional, dan spiritual dari unit keluarga dan anggotanya. Salah satu fungsi utama keluarga adalah untuk memberikan perawatan kesehatan bagi anggotanya, termasuk: cara untuk mempromosikan gaya hidup sehat di antara keluarga anggota dan untuk mempromosikan fungsi keluarga secara keseluruhan dan kesejahteraan. Kesehatan promosi dipelajari dalam keluarga, dan pola perilaku kesehatan dibentuk dan diteruskan kepada generasi selanjutnya. Keluarga terutama bertanggung jawab untuk menyediakan perawatan kesehatan dan penyakit, menjadi panutan, mengajar perilaku perawatan diri dan kesehatan, menyediakan perawatan anggota di sepanjang perjalanan hidup mereka dan selama berbagai transisi keluarga, dan saling mendukung selama kegiatan promosi kesehatan dan selama sakit.

Tugas utama keluarga adalah melakukan upaya kesehatan pemeliharaan dan promosi kesehatan, tanpa memandang usia. Bagi keluarga, menjaga kesehatan dan kesejahteraan adalah hal upaya kolektif di mana rutinitas ditetapkan, hubungan terbentuk yang mendorong kesehatan pada orang lain dan kualitas hidup meningkat ketika kesehatan yang lebih baik dialami oleh banyak anggota rumah tangga. Dalam kegiatan promosi kesehatan, intervensi keluarga telah ditemukan sangat efektif untuk anak perempuan dan laki-laki, sedangkan hanya untuk remaja program bekerja sebagian besar untuk anak laki-laki dan bukan untuk anak perempuan. Promosi kesehatan dan penyakit program pencegahan untuk pemuda yang meningkatkan berkelanjutan Dinamika keluarga adalah yang paling efektif karena mereka mempromosikan hubungan orang tua-anak yang sehat. Itu faktor penyebab yang paling relevan yang muncul di meta-analisis termasuk peningkatan

komunikasi, bonding, pengawasan orang tua, pengawasan, disiplin, dan organisasi keluarga dan pengaturan aturan (Marilyn, Friedman & Vicky, 2019).

Ada kebutuhan besar untuk mendorong promosi kesehatan seluruh unit keluarga karena perilaku kesehatan, nilai, dan pola dipelajari dalam keluarga konteks. Kegiatan promosi kesehatan keluarga adalah penting baik selama kesehatan dan selama sakit dari seorang anggota keluarga. Promosi kesehatan keluarga meningkatkan kesatuan keluarga dan kualitas hidup. Lebih jauh, promosi kesehatan keluarga melibatkan kehidupan keluarga upaya memelihara anggotanya, memelihara keluarga kohesi, dan untuk mencapai potensi terbesar keluarga dalam semua aspek kesehatan.

Dalam model ini, kemungkinan sebuah keluarga terlibat dalam perilaku mempromosikan kesehatan dipengaruhi oleh umum berikut, terkait kesehatan, dan faktor khusus perilaku:

1. Pengaruh umum
 - a. Pola sistem keluarga, seperti nilai, komunikasi, interaksi, dan kekuasaan
 - b. Karakteristik demografi, seperti keluarga ukuran, struktur, pendapatan, dan budaya
 - c. Karakteristik biologis
2. Pengaruh terkait kesehatan
 - b. pola sosialisasi kesehatan keluarga
 - c. Definisi keluarga tentang “kesehatan”
 - d. Persepsi status kesehatan keluarga
3. Pengaruh khusus perilaku
 - a. Hambatan yang dirasakan untuk mempromosikan kesehatan perilaku
 - b. Manfaat yang dirasakan untuk meningkatkan kesehatan perilaku
 - c. Perilaku terkait sebelumnya
 - d. Norma keluarga tentang peningkatan kesehatan perilaku
 - e. Dukungan antarsistem untuk perilaku
 - f. Pengaruh situasional
 - g. Isyarat keluarga internal dan lingkungan

Cara keluarga mendefinisikan promosi kesehatan keluarga akan mempengaruhi kemungkinan mereka merencanakan keluarga unit kegiatan yang mempromosikan kesejahteraan keluarga dan kohesi. Pengaruh perilaku keluarga, seperti yang dirasakan hambatan atau manfaat kegiatan promosi kesehatan dari seluruh keluarga, mempengaruhi seberapa besar komitmen sebuah keluarga untuk melanjutkan atau memulai kegiatan yang mempromosikan kesehatan. Misalnya, untuk mendorong promosi kesehatan gaya hidup keluarga, setiap anggota keluarga harus menghargai dan percaya ada manfaat makan bersama, berbagi kegiatan untuk memelihara rumah, atau menyeimbangkan keluarga (Marilyn, Friedman & Vicky, 2019).

Konseling

Konseling keluarga adalah metode untuk mengembangkan dan memelihara hubungan keluarga yang sehat dan fungsional. Tujuannya untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah dalam keluarga. Isu-isu ini bisa emosional, psikologis, atau perilaku. Banyak pendekatan untuk terapi keluarga berasal dari teori sistem keluarga. Ini menunjukkan bahwa keluarga bekerja dalam sistem daripada kelompok orang yang berfungsi secara independen satu sama lain. Menurut teori sistem keluarga, perubahan dalam satu anggota keluarga akan mempengaruhi perubahan di bagian lain dari keluarga (Kaakinen, Coehlo, Steele & Robinson, 2019).

Perawat yang membantu keluarga dapat memasukkan kebutuhan konseling berikut ke dalam rencana perawatan, memperjelas siapa yang bertanggung jawab atas apa dalam keluarga:

- a. Memantau kondisi dan perilaku
- b. Menafsirkan perilaku normal dan yang diharapkan dari yang berbeda dan serius
- c. Memberikan perawatan langsung
- d. Membuat keputusan
- e. Mengembangkan rutinitas perawatan
- f. Penyelesaian masalah

- g. Mengajarkan manajemen perawatan diri
 - h. Mengidentifikasi sumber yang dimiliki keluarga
- Manfaat konseling bervariasi dari satu keluarga ke keluarga lainnya, tetapi dapat mencakup:
- a. mengembangkan batasan yang sehat
 - b. meningkatkan komunikasi
 - c. mendefinisikan peran seseorang dalam keluarga
 - d. meningkatkan dinamika dan hubungan keluarga
 - e. memberikan kekuatan dan alat koping untuk anggota keluarga
 - f. mengatasi interaksi disfungsional
 - g. meningkatkan kemampuan pemecahan masalah keluarga

Jenis-jenis konseling keluarga

Terapi keluarga fungsional

Ini biasanya berfokus pada keluarga dengan anak atau remaja dengan masalah emosional atau perilaku yang kompleks. Anak dan orang tua atau pengasuh mereka dapat menghadiri 8–30 sesi mingguan bersama-sama. Sesi ini akan membantu keluarga mempelajari strategi untuk menangani perilaku anak dan meningkatkan fungsi keluarga (Kaakinen, Coehlo, Steele & Robinson, 2019).

Terapi multisistemik

Ini bertujuan untuk mengatasi setiap masalah perilaku dan emosional anak-anak dan remaja. Terapi multisistemik juga berfokus pada masalah yang lebih luas dengan perilaku anak. Misalnya, itu dapat bertujuan untuk meningkatkan interaksi mereka dengan sistem sosial, seperti sekolah atau lingkungan.

Terapi transgenerasional

Ini melibatkan terapis yang memeriksa interaksi lintas generasi, seperti antara orang tua atau pengasuh dan anak-anak. Tujuannya adalah untuk memahami bagaimana tanggapan masa lalu terhadap tantangan memengaruhi interaksi atau masalah keluarga saat ini. Terapi transgenerasi berguna ketika masalah dan

pola perilaku bertahan dari generasi ke generasi. Juga, ini dapat membantu memprediksi bagaimana masalah mungkin berkembang di masa depan, karena perilaku masa lalu adalah prediktor yang baik untuk perilaku masa depan.

Terapi keluarga strategis singkat

Terapi ini bertujuan untuk mengubah pola interaksi antar anggota keluarga. Ini adalah intervensi terbatas waktu yang menargetkan masalah keluarga yang mengarah ke gejala bermasalah yang muncul di masa muda. Sebagian besar terapi keluarga strategis singkat akan berlangsung 12-16 sesi. Terapi ini memiliki manfaat jangka panjang. Terapi keluarga strategis singkat lebih efektif daripada pengobatan seperti biasa, seperti terapi kelompok dan kelompok pelatihan orang tua, dalam mengurangi penangkapan dan penahanan dalam jangka pendek dan panjang.

Terapi struktural

Terapi struktural mengelola masalah yang muncul karena struktur keluarga. Ini bertujuan untuk mencapai hierarki keluarga yang berfungsi dan seimbang, dengan batasan yang sesuai di antara anggota. Perbedaan utama dengan terapi struktural adalah fokus pada struktur daripada perilaku spesifik yang menyebabkan masalah (Kaakinen, Coehlo, Steele & Robinson, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Shajan, Z. and Snell, D., 2019. *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis.
- Kaakinen, J.R., Coehlo, D.P., Steele, R. and Robinson, M., 2018. *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Marilyn, R., FRIEDMAN, B. and VICKY, R.J., 2019. *Family nursing: Research, theory, and practice*. Pearson.

BAB 8

STRATEGI DALAM IMPLEMENTASI KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Abigael Grace Prasetiani

8.1 Pendahuluan

Implementasi merupakan proses integrasi dari perencanaan keperawatan (Pusa et al., 2021). Implementasi keperawatan keluarga menggunakan pendekatan pemberdayaan dalam meningkatkan kesehatan keluarga. Pemberdayaan keluarga difasilitasi oleh perawat sedangkan keluarga lebih berperan aktif dalam menentukan masalah, penyelesaian masalah, hingga mencapai kesehatan sesuai harapan keluarga (Rowe Kaakinen, 2010). Selama melakukan implementasi perawat diharapkan mengumpulkan/mencatat perubahan/respon yang terjadi, karena saat implementasi kemungkinan muncul kendala yang membutuhkan intervensi tambahan/pengganti. Implementasi keperawatan keluarga melakukan berbagai upaya seperti promosi kesehatan, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan anggota keluarga dan keluarga (Kholifah and Widagdo, 2016).

8.2 Konsep Implementasi Keperawatan Keluarga

Prinsip dasar dalam memberikan implementasi keperawatan keluarga adalah keterlibatan keluarga untuk melakukan kegiatan sampai mencapai tujuan yang telah disepakati bersama. Implementasi keperawatan keluarga dapat bergantung pada tingkat fungsi keluarga/kemandirian keluarga, dan dapat dilakukan pada dua sasaran yaitu pada individu dalam keluarga

yang bermasalah dan keluarga/seluruh anggota keluarga (Friedman et al., 2010).

Berikut ini strategi implementasi dalam keperawatan keluarga dengan sasaran individu dalam keluarga:

8.2.1 Implementasi keperawatan keluarga bagi anggota/individu keluarga

Implementasi yang dapat diberikan pada individu dalam keluarga yang memiliki masalah adalah (Riasmini et al., 2017):

1. Tindakan keperawatan secara langsung
2. Tindakan kolaboratif dan kuratif dasar
3. Tindakan observatif
4. Tindakan promosi/pendidikan kesehatan

8.2.2 Implementasi keperawatan keluarga bagi seluruh anggota keluarga

Implementasi keperawatan yang ditujukan pada seluruh anggota keluarga adalah (Kholifah and Widagdo, 2016; Riasmini et al., 2017):

1. Meningkatkan kesadaran, informasi, dan kebutuhan tentang kesehatan. Tindakan keperawatan adalah memberikan informasi-informasi terutama kesehatan dan membantu keluarga untuk mengidentifikasi kebutuhan maupun harapan kesehatan.
2. Memfasilitasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat. Tindakan keperawatan adalah membantu keluarga untuk dapat mengidentifikasi akibat/hasil apabila tidak dilakukan implementasi, mengidentifikasi sumber dalam keluarga, dan mengidentifikasi akibat/hasil dari macam-macam tindakan.
3. Memberikan keyakinan diri akan kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit. Tindakan keperawatan adalah

perawat dapat mendemonstrasikan cara merawat pada keluarga dengan menggunakan fasilitas/alat yang dimiliki keluarga, dan mengawasi keluarga saat melakukan perawatan.

4. Membantu keluarga cara untuk memodifikasi sumber atau lingkungan yang sehat. Tindakan keperawatan adalah bersama keluarga menemukan sumber yang mudah dan dapat digunakan oleh keluarga dan melakukan perubahan atau modifikasi lingkungan keluarga dengan baik.
5. Mendorong keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan. Tindakan keperawatan adalah perawat dapat mengenalkan fasilitas kesehatan terdekat dan terjangkau oleh keluarga dan mendorong keluarga menggunakan fasilitas tersebut.

8.3 Tahap Implementasi Keperawatan Keluarga

8.3.1 Tahap awal

Pada tahap ini, yang dapat dilakukan perawat adalah:

1. Mengecek kembali tindakan keperawatan yang telah disusun dalam intervensi keperawatan.
2. Menilai pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang akan dilakukan.
3. Memahami dampak implementasi keperawatan yang mungkin muncul dan menyiapkan pencegahan pada resiko-resiko.
4. Mempertimbangkan waktu yang efektif, kualitas dan kuantitas tenaga perawat, dan peralatan yang digunakan saat implementasi
5. Menciptakan lingkungan kondusif, baik dari segi fisik maupun psikologis keluarga.

8.3.2 Tahap kerja

Pada tahap kerja ini akan dibagi menjadi tiga implementasi keperawatan, yaitu mandiri, kolaboratif, dan bergantung.

1. Implementasi mandiri

Implementasi yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu:

- a. Melakukan pengumpulan data melalui wawancara/tanya-jawab untuk mengetahui perkembangan/respon yang keluarga saat dilakukan implementasi
- b. Melakukan observasi dan pemeriksaan fisik, seperti tanda-tanda vital
- c. Melakukan implementasi terapeutik, seperti pencegahan/mengurangi keluhan
- d. Melakukan implementasi edukasi
- e. Melakukan rujukan

2. Implementasi kolaboratif

Implementasi yang dapat dilakukan dalam implementasi kolaboratif, yaitu melakukan kolaborasi pada tim medis lain seperti dokter, ahli gizi, apoteker, dan lainnya sesuai dengan kebutuhan keluarga.

3. Implementasi bergantung

Implementasi bergantung ini biasa dilakukan oleh perawat atas instruksi dari tim medis lain, seperti contoh perawat mendapatkan instruksi dari dokter untuk melakukan perawatan luka kanker.

8.4 Hambatan yang Mungkin Muncul dalam Implementasi Keperawatan Keluarga

Hambatan-hambatan yang mungkin muncul dalam melakukan implementasi keperawatan keluarga adalah (Friedman et al., 2010):

1. Hambatan pada keluarga.

Hambatan keluarga saat keluarga menunjukkan perilaku apatis atau ketidakpedulian dalam merespon implementasi keperawatan. Kemungkinan perilaku ini muncul karena

adanya perbedaan nilai, sosio-ekonomi, dan budaya keluarga. Selain itu, keluarga yang tidak dapat membuat dan mengambil keputusan hingga perawat yang mengambil alih keputusan dalam keluarga. Keluarga yang diambil alih perawat akan membuat keluarga sangat ketergantungan pada perawat.

2. Hambatan pada perawat

Hambatan pada perawat ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

- Hambatan pertama: memaksakan ide/keputusan. Implementasi pada keluarga diputuskan sendiri oleh perawat, sehingga kurang adanya pemberdayaan keluarga.
- Hambatan kedua: memberi penilaian negatif. Saat dilakukan implementasi yang tidak sesuai dengan intervensi yang disusun, maka perawat memberikan penilaian negatif sampai memandang intervensinya tidak efektif bagi keluarga asuhan.
- Hambatan ketiga: menekankan pada kelemahan atau masalah yang muncul. Perawat kurang mengidentifikasi kekuatan dan sumber yang ada pada keluarga atau situasi keluarga dalam menghadapi masalah yang lain.
- Hambatan keempat: kurang mempertimbangkan budaya dalam keluarga. Perawat saat berpikir menyusun intervensi harus mengkaji juga bagaimana budaya yang ada dalam keluarga agar implementasi dapat berjalan dengan baik.

8.5 Implementasi Keperawatan Keluarga

Contoh format dokumentasi implementasi keperawatan keluarga yang dapat dilakukan sebagai berikut.

Tabel 8.1 Contoh format dokumentasi implementasi keperawatan keluarga

Hari/tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Tanda Tangan

Dalam melakukan implementasi keperawatan keluarga perlu memeriksa kembali intervensi keperawatan yang telah disusun, mengkaji alat/fasilitas yang dimiliki keluarga, dan media promosi kesehatan. Berikut contoh mengisi format dan implementasi keperawatan keluarga.

Tabel 8.2 Contoh mengisi format dokumentasi implementasi keperawatan keluarga

Hari/tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Tanda Tangan
Jumat/ 20 Mei 22/ 14.30	Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah hipertermi pada An. T	1. Menanyakan pada anggota keluarga tentang hipertermi mulai dari penyebab sederhana Respon: Tn. A mengatakan bahwa penyebab demam karena anaknya (An. T) suka main panas-panasan, Ny. B mengatakan bahwa anaknya	
15.00			

Hari/tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Tanda Tangan
15.10		demam karena suka bermain dan telat makan	
15.15		2. Menanyakan kesediaan keluarga untuk dilakukan pendidikan kesehatan (penyuluhan) tentang hipertemi Respon: Tn. A dan Ny. B bersedia dilakukan penyuluhan, karena belum pernah diberikan penyuluhan tentang hipertermi/dem am.	
15.30		3. Menanyakan pada keluarga pelaksanaan penyuluhan hipertermi Respon: Tn. A dan Ny. B sepakat nanti sore jam 17.00.	
17.00-17.45		4. Menanyakan pada keluarga kesediaan alat	

Hari/tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Tanda Tangan
		demonstrasi yang akan dilakukan saat penyuluhan seperti termometer, baskom, waslap, dan air. Respon: Ny. B mengatakan hanya punya baskom, waslap, dan air. 5. Menyediakan materi dan media penyuluhan Respon: media penyuluhan yang digunakan adalah video dan poster supaya lebih menarik 6. Melakukan edukasi kesehatan pada keluarga Respon: Tn. A dan Ny.B sangat antusias selama dilakukan penyuluhan. Dari 5 pertanyaan evaluasi, Tn. A	

Hari/tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Tanda Tangan
		dan Ny. B dapat menjawab tepat dan benar 4 jawaban. Jawaban yang kurang tepat telah dibenarkan lagi oleh penyuluh. Selain itu Tn. A dan Ny. B mampu mendemonstrasikan dengan baik cara mengukur suhu dan mengompres dengan benar (SAP terlampir).	

Contoh format Satuan Acara Pendidikan Kesehatan (SAP).

SATUAN ACARA PENDIDIKAN KESEHATAN

- A. Analisis Situasi:
- B. Pokok Bahasan: Penyuluhan kesehatan tentang hipertermi
- C. Standar Kompetensi
 - 1. Tujuan Umum: Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 45 menit diharapkan keluarga Tn. A mampu menjelaskan kembali materi tentang hipertermi dan mendemonstrasikan kembali cara

mengukur suhu dan mengompres dengan baik dan benar.

2. Tujuan Khusus: Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan tentang hipertemi diharapkan keluarga mampu:

- 1) Menjelaskan pengertian hipertermi dengan benar
- 2) Menjelaskan penyebab hipertermi dengan benar
- 3) Menjelaskan tanda dan gejala hipertemi dengan benar
- 4) Menjelaskan dampak hipertermi dengan benar
- 5) Menjelaskan cara penatalaksanaan sederhana hipertermi dengan benar

3. Sub pokok bahasan:

- 1) Pengertian hipertermi
- 2) Penyebab hipertermi
- 3) Tanda dan gejala hipertermi
- 4) Dampak hipertermi
- 5) Cara penatalaksanaan sederhana hipertemi

D. Waktu Pelaksanaan

1. Tempat : Rumah Tn. A
2. Hari dan Tanggal: Sabtu, 21 Mei 2022
3. Waktu : 17.00-17.45 WIB

E. Rencana Kegiatan

1. Sasaran : Keluarga Tn. A
2. Metode : Ceramah, tanya-jawab, dan demonstrasi
3. Media : Poster dan video
4. Susunan Acara :

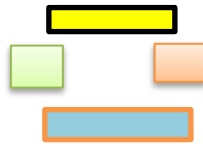
Tabel 8.3 Susunan Acara SAP

Waktu	Tahap Kegiatan	Uraian Kegiatan	Metode	Media	Pelaksanaan
17.00-17.05 (5 menit)	Pembukaan	1. Salam pembukaan 2. Perkenalan diri	Ceramah	-	lin

Waktu	Tahap Kegiatan	Uraian Kegiatan	Metode	Media	Pelaksanaan
		3. Penjelasan tujuan dan manfaat kegiatan 4. Kontrak waktu			
17.05-17.30 (25 menit)	Penyampaian materi	1. Materi: • Pengertian hipertermi • Penyebab hipertermi • Tanda dan gejala hipertermi • Dampak hipertermi • Demonstrasi cara mengukur suhu dan mengompres 2. Kesempatan keluarga untuk bertanya	Ceramah, tanya-jawab dan demonstrasi	Poster, video	Neng
17.30-17.40 (10 menit)	Evaluasi	1. Memberikan 5 pertanyaan pada keluarga 2. Meminta keluarga untuk mendemonstrasikan mengukur suhu dan mengompres	Tanya-jawab dan demonstrasi	Daftar pertanyaan	Neng
17.40-17.45 (5 menit)	Kesimpulan dan penutup	1. Mengajak keluarga untuk menyimpulkan kegiatan penyuluhan	Tanya jawab dan ceramah	-	lin

Waktu	Tahap Kegiatan	Uraian Kegiatan	Metode	Media	Pelaksanaan
		2. Mengakhiri pertemuan dan memberikan salam penutup			

5. Pengaturan tempat:



Keterangan:

-  : Media
-  : Penyaji
-  : MC
-  : Keluarga

6. Evaluasi

1. Evaluasi struktur: Media yang digunakan adalah poster dan video. Poster dibuat menarik dan mudah dimengerti oleh keluarga.
2. Evaluasi proses: Selama penyuluhan akan diobservasi:
 - 1) Kegiatan penyuluhan berlangsung sesuai jadwal
 - 2) Penyajian materi dibawakan dengan suara yang jelas dan menguasai materi dengan baik
 - 3) Anggota keluarga tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai
 - 4) Anggota keluarga aktif dalam kegiatan
3. Evaluasi hasil: Hasil yang diharapkan 75% keluarga mampu:
 - 1) Menjelaskan pengertian hipertermi dengan benar
 - a. Pertanyaan: Apa pengertian dari hipertermi/demam?
 - b. Kunci jawaban: Hipertermi adalah...

- 2) Menyebutkan penyebab hipertermi dengan benar
 - a. Pertanyaan: Sebutkan penyebab hipertermi!
 - b. Kunci jawaban: Penyebab hipertermi...
- 3) Menyebutkan tanda dan gejala hipertermi dengan benar
 - a. Pertanyaan: Sebutkan tanda dan gejala hipertermi!
 - b. Kunci jawaban: Tanda dan gejala hipertermi...
- 4) Menyebutkan dampak hipertermi dengan benar
 - a. Pertanyaan: Sebutkan dampak hipertermi!
 - b. Kunci jawaban: Dampak hipertermi...
- 5) Menyebutkan cara penatalaksanaan sederhana hipertermi dengan benar
 - a. Pertanyaan: Sebutkan cara penatalaksanaan sederhana hipertermi!
 - b. Kunci jawaban: Cara penatalaksanaan hipertermi...
7. Daftar Pustaka
8. Lampiran-lampiran

DAFTAR PUSTAKA

- Friedman, M., Bowden, V., Jones, E., 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik, 5th ed. EGC, Jakarta.
- Kholifah, S.N., Widagdo, W., 2016. Keperawatan Keluarga dan Komunitas Komprehensif. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Pusa, S., Isaksson, U., Sundin, K., 2021. Evaluation of the Implementation Process of a Family Systems Nursing Approach in Home Health Care: A Mixed-Methods Study. *Journal of Family Nursing* 27, 235–249. <https://doi.org/10.1177/10748407211000050>
- Riasmini, N.M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N.P., Ria, R.T.T.M., 2017. Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. UI-Press, Jakarta.
- Rowe Kaakinen, J., 2010. Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research, 4th ed. F.A. Davis Company, USA.

BAB 9

DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Esti Nur Janah

9.1 Definisi Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi proses-asuhan keperawatan merupakan gambaran kegiatan perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan kepada pasien di rumah sakit. Dokumentasi keperawatan adalah rangkaian proses kegiatan berupa pencatatan aktivitas/tindakan yang perawat lakukan dalam mengelola dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Kualitas penulisan dokumentasi keperawatan ditentukan oleh lengkap dan akuratnya tindakan keperawatan yang tercatat selama perawat melakukan proses keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah semua tindakan perawat yang tercetak dan tertulis ketika melakukan pelayanan keperawatan kepada pasien mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan (IPKKI, 2017).

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah seluruh pencatatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari data pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana intervensi, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yangmana penulisa disusun secara sistematis, sesuai dengan kenyataan dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan moral (Zaidin Ali, 2009). Kualitas perawatan klien sangat tergantung dari dokumentasi efektif yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional.

Dokumentasi keprawatan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari proses keperawatan yang mencakup

pencatatan seluruh proses keperawatan mulai dari proses pengumpulan data dengan cara pengkajian, mengidentifikasi masalah, menentukan masalah keperawatan, menetapkan rencana intervensi, pencatatan implementasi keperawatan dan pencatatan evaluasi keperawatan (Nursalam, 2009). Definisi lain dari dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan/dokumen tentang data pasien terutama data kesehatan secara umum dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien yang dicatat secara manual maupun elektronik dan dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat (Zaidin Ali, 2009).

9.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Tujuan dari penulisan dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut :

1. sebagai media komunikasi tertulis antar sejawat.
2. Meningkatkan kualitas perawat dalam memberikan pelayanan.
3. Sebagai sarana koordinasi tim dalam pelayanan keperawatan kesehatan kerja.
4. Membantu perawat memberikan pelayanan keperawatan yang lebih optimal.
5. Sebagai pertanggungjawaban dan pertanggungguagatan.
6. Dokumentasi perlindungan hukum.
7. Melakukan identifikasi status kesehatan klien.
8. Dapat digunakan sebagai data dalam penelitian.
9. Sebagai pedoman keuangan dalam menentukan biaya dari pelayanan yang telah dilakukan.
10. Sebagai dokumen pelengkap proses penilaian akreditasi institusi pelayanan.
11. Kepentingan dalam pendidikan keperawatan.
12. Menyimpan kerahasiaan informasi kesehatan klien.
13. Dapat digunakan kembali sebagai bahan perencanaan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

9.3 Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan/ Keluarga

9.3.1 Dokumentasi pengkajian

Dokumentasi-pengkajian-keperawatan merupakan pencatatan hasil dari pengambilan data oleh perawat kepada pasien untuk mengidentifikasi permasalahan pasien, dan membuat catatan tentang-kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif, sistematis dan sesuai kenyataan akan mendukung dan mengarahkan pada masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Proses pengumpulan data didapat dari pemeriksaan fisik, observasi atau wawancara yang digunakan untuk menetapkan diagnosis keperawatan yang dialami klien. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi data dasar keluarga (biodata), data perkembangan keluarga, data lingkungan sekitar rumah, data struktur keluarga, data fungsi keluarga, data koping keluarga (Kholifah and Widagdo, 2016). Adapun penyusunan pengkajian disesuaikan dengan format yang terlampir.

9.3.2 Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan "*clinical judgement*" yang menggambarkan kondisi kesehatan klien berdasarkan respon keluarga (NANDA, 2015). Adapun kategorisasi pada diagnosis keperawatan keluarga diantaranya sebagai berikut:

1. **Diagnosis-aktual**

Diagnosis keperawatan aktual merupakan penggambaran kondisi kesehatan klien yang sedang terjadi atau nyata pada individu, keluarga, dan komunitas (NANDA, 2015). Diagnosis-aktual dirumuskan pada masalah keperawatan yang sudah dan/atau sedang terjadi pada keluarga. Hasil pengkajian keperawatan sudah ditemukan *sign* dan *symptom* yang sesuai dengan diagnosis keperawatan.

2. **Diagnosis-keperawatan potensial (sejahtera/promosi kesehatan/*wellness*)**

Keadaan klinis yang baik dari individu atau keluarga atau kelompok atau komunitas berupa keinginan untuk

mewujudkan potensi kesehatan ke arah lebih baik dan menguatkan perilaku sehat secara khusus.

3. Diagnosis-keperawatan risiko

Gambaran keadaan kesehatan klien berupa kerentanan individu, keluarga dan komunitas. Keadaan ini juga disertai beberapa faktor risiko yang berperan dalam kemungkinan terjadinya peningkatan level kerentanan.

Ketepatan perawat dalam memutuskan diagnosis keperawatan sangat menentukan kualitas dokumentasi keperawatan karena diagnosis keperawatan menjadi acuan perawat dalam menentukan langkah selanjutnya yaitu membuat rencana keperawatan, kemudian melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Setelah perawat menentukan diagnosa keperawatan keluarga, selanjutnya sebelum ke tahap menyusun rencana keperawatan maka perawat perlu melakukan skoring atau prioritas-masalah. Bila perawat dalam melakukan perumusan diagnosis menemukan beberapa diagnosis keperawatan maka untuk menentukan prioritas diagnosis dilakukan tindakan penapisan masalah/*skoring*.

Penentuan-prioritas diagnosis keperawatan ditentukan dari beberapa kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria satu, keluarga dengan keadaan kurang/tidak sehat (masalah aktual) diputuskan sebagai prioritas utama karena perlu tindakan segera dan biasanya keluarga menyadai masalah ini.
2. Kriteria kedua, memperhatikan:
 - a. Pengetahuan tentang penyakit/masalah yang sedang dirasakan, teknologi untuk menangani masalah dan tindakan keperawatan untuk menangani masalah yang sedang terjadi.
 - b. Sumber daya yang dimiliki keluarga berupa sumber daya fisik, finansial dan sumber daya tenaga.
 - c. Sumber daya perawat: waktu, ketrampilan dan kemampuan yang dimiliki perawat.

- d. Sumber daya lingkungan: dukungan, sokongan organisasi dan fasilitas yang ada.
3. Kriteria ketiga, perlu memperhatikan:
 - a. kerumitan masalah yang sedang dirasakan baik berasal dari penyakit maupun masalah keluarga.
 - b. Lamanya masalah yang sedang terjadi.
 - c. Tindakan yang sedang dan telah dijalankan apakah tepat untuk memperbaiki masalah.
 - d. Apakah ada kelompok yang berisiko untuk dicegah agar tidak menjadi parah.
4. kriteria keempat, penilaian perawat terhadap pandangan keluarga tentang masalah yang saat ini terjadi.

Prioritas/skoing diagnosis didasarkan pada diagnosis keperawatan yang mempunyai skor paling tinggi dan disusun berurutan hingga diagnosis dengan skor terendah. Tetapi, perawat juga perlu mempertimbangkan pandangan/persepsi keluarga terhadap masalah keperawatan mana yang dirasakan perlu ditangani segera.

Proses penentuan skor dilakukan pada setiap diagnosis keperawatan:

- Menentukan skor disesuaikan dengan kriteria yang dibuat perawat.
- Kemudian skor yang didapat dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

$\frac{\text{Skor yang didapatkan}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$

- Menjumlahkan skor pada semua kriteria. Maksimum skor adalah 5 (jumlah semua bobot).

9.3.3 Dokumentasi-Rencana-Keperawatan

Proses penyusunan dokumentasi-rencana-keperawatan merupakan upaya untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang dialami klien berdasarkan diagnosa keperawatan. Penyusunan rencana keperawatan merupakan proses integrasi antara diagnosis keperawatan berdasarkan Standar-Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan SIKI (Standar-Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar-Luaran-Keperawatan Indonesia). Komponen utama penyusunan dokumentasi rencana keperawatan terdiri dari diagnosis keperawatan (SDKI), luaran/*outcome* (SLKI) dan rencana intervensi (SIKI).

Luaran harus spesifik dapat diukur, dapat dimengerti dan dapat dicapai dengan menggunakan pedoman SMART (*Spesific, Measurement, Accountable, Rational, Timing*). Keberhasilan dari asuhan keperawatan dinilai manakala kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Sedangkan rencana intervensi mencakup semua tindakan keperawatan baik mandiri maupun kolaboratif yang dilakukan secara observasi.

9.3.4 Dokumentasi/Implementasi/Keperawatan

Dokumentasi-implementasi-keperawatan merupakan pencatatan dari semua tindakan keperawatan yang dilakukan perawat kepada pasien sebagai bentuk perwujudan dari rencana intervensi yang telah disusun. Implementasi keperawatan dapat berupa tindakan mandiri maupun tindakan kolaboratif. Komponen pendokumentasian implementasi keperawatan sekurang-kurangnya adalah nama klien, usia, no RM, waktu (hari tanggal jam) tindakan dilakukan, diagnosis keperawatan, implementasi/tindakan keperawatan yang telah dilakukan, respon klien, paraf perawat dan nama terang perawat.

9.3.5 Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan menilai keberhasilan implementasi pada sebuah asuhan keperawatan yang dilakukan dengan cara melihat standar tujuan/luaran yang telah ditetapkan

sebelumnya kemudian dibandingkan dengan hasil yang ingin dicapai.

9.4 Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Formulir dokumentasi asuhan-keperawatan keluarga berdasarkan Panduan Asuhan Keperawatan IPKKI PPNI (IPKKI, 2017).

PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA

Layanan Kes. : No. RM :
Perawat : Tgl Pengkajian :
:

1. Data Keluarga

Nama KK		Bahasa Sehari-hari	
Alamat		Jarak Yankes terdekat	
Agama & Suku		Alat transportasi	

DATA ANGGOTA KELUARGA

No	Nama	Hub dg KK	Umur	JK	Suku	Pendidikan terakhir	Pekerjaan	Status gizi (TB, BB, BMI)	TTV (TD, N, S, RR)	Imunisasi	Alat Bantu/protesa

LANJUTAN

No	Nama	Penampilan Umum	Status Kesehatan Saat Ini	Riwayat Penyakit/Alergi	Analisis Masalah Kesehatan Individu

2. Data Pengkajian Individu yang Sakit (Terlampir)

3. Data Penunjang Keluarga

Rumah dan Sanitasi Lingkungan	PHBS Di Rumah Tangga
Gambaran Rumah	Jika ada ibu nifas, apakah persalinan ditolong nakes: Ya/Tidak.....
	Jika ada bayi, Asi eksklusif: Ya/Tidak.....
	Jika ada balita, timbang balita tiap bulan: Ya/Tidak.....
Ventilasi udara :	
Cukup/kurang*.....	Menggunakan air bersih untuk makan minum Ya/Tidak.....
	Menggunakan air bersih untuk kebersihan diri: Ya/Tidak.....
Pencahayaan Rumah:	
Baik/Tidak*.....	Menggunakan air bersih untuk mencuci tangan dengan sabun: Ya/Tidak.....
	Membuang sampah pada tempatnya: Ya/Tidak.....
Saluran Buang Limbah	
Baik/Cukup/Kurang*.....	Menjaga kebersihan lingkungan rumah: Ya/Tidak.....
	Setiap hari mengkonsumsi lauk dan pauk: Ya/Tidak.....
Sumber Air Bersih	

Rumah dan Sanitasi Lingkungan	PHBS Di Rumah Tangga
Sehat/tidak sehat*	
.....	Menggunakan dan memiliki jamban sendiri:
.....	Ya/Tidak.....
.....	
.....	Minimal sekali seminggu, memberantas jentik di rumah
Jamban Memenuhi Syarat:	Ya/Tidak.....
Ya/Tidak*	
.....	Tersedia buah dan sayur setiap hari:
.....	Ya/Tidak.....
.....	
.....	Melakukan olahraga setiap hari:
.....	Ya/Tidak.....
Rasio Luas Bangunan Rumah Dengan Jumlah Anggota Keluarga 8m ² /Orang	
Ya/Tidak*	Tidak merokok di dalam rumah:
.....	Ya/Tidak.....
.....	

4. Kemampuan Keluarga dalam Melakukan Tugas Pemeliharaan Kesehatan Anggota Keluarga

- 1) Apakah keluarga memberikan perhatian kepada anggota keluarga yang sakit? Ya:___ Tidak, Karena_____
- 2) Apakah keluarga mengenal masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya? Ya: ___ Tidak___
- 3) Apakah keluarga mengetahui penyebab dari masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya? Ya: ___ Tidak___
- 4) Apakah anda gejala dari masalah kesehatan diketahui keluarga ? Ya: ___ Tidak___
- 5) Apakah keluarga memahami akibat dari tidak melakukan pengobatan atau perawatan terhadap masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya? Ya: ___ Tidak___

- 6) Siapa yang dijadikan sumber informasi oleh keluarga dalam mencari tahu tentang masalah kesehatan?
 Keluarga: _____ Tetangga: _____
 Kader: _____ Tenaga kesehatan: _____
- 7) Bagaimana pandangan keluarga terhadap masalah kesehatan yang sedang dialami oleh anggota keluarga:
 Tidak perlu ditangani karena akan sembuh sendiri biasanya: _____
 Perlu berobat ke fasilitas yankes: _____
 Tidak terpikir: _____
- 8) Apakah ada upaya keluarga dalam meningkatkan kesehatan secara aktif?
 Ya: __ Tidak, karena _____
- 9) Apakah ada pengetahuan keluarga tentang kebutuhan pengobatan terhadap sakit yang sedang dialami?
 Ya: __ Tidak, karena _____
- 10) Apakah keluarga dapat merawat anggota keluarga yang sakit?
 Ya: __ Tidak, karena _____
- 11) Apakah keluarga dapat melakukan pencegahan terhadap masalah kesehatan yang mungkin muncul dari permasalahan kesehatan yang sedang dialami?
 Ya: __ Tidak, karena _____
- 12) Apakah keluarga mampu memanfaatkan lingkungan untuk mendukung kesehatan maupun kesembuhan penyakit yang sedang dialami?
 Ya: __ Tidak, karena _____
- 13) Apakah keluarga mampu mempergunakan sumber daya di masyarakat untuk mencapai kesehatan keluarga?
 Ya: __ Tidak, karena _____

5. Hasil Pembinaan Berdasarkan Tingkat Kemandirian Keluarga

Kunjungan Satu (K-1): Perawat:	Kunjungan Empat (K-4): Perawat:
-----------------------------------	------------------------------------

Kunjungan Perawat:	Dua (K-2):	Kunjungan Perawat:	lima (K-5):
Kunjungan Perawat:	Tiga (K-3):	Kunjungan Perawat:	Enam (K-6):

Notes:

Penjelasan cara menilai tingkat kemandirian keluarga berdasarkan dari tujuh kriteria:

- Kriteria 1: keluarga menerima tenaga kesehatan/perawat
- Kriteria 2: keluarga setuju terima layanan kesehatan sesuai rencana keperawatan yang telah disepakati
- Kriteria 3: keluarga mengetahui masalah kesehatan yang dialami
- Kriteria 4: keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada
- Kriteria 5: keluarga dapat merawat anggota keluarga yang sakit dengan melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran
- Kriteria 6: keluarga dapat melakukan pencegahan terhadap masalah yang mungkin muncul
- Kriteria 7: keluarga dapat melakukan tindakan promotif secara aktif

Tabel Tingkat Kemandirian Keluarga

Tingkat kemandirian	Kriteria a 1	Kriteria a 2	Kriteria a 3	Kriteria a 4	Kriteria a 5	Kriteria a 6	Kriteria a 7
Tingkat-I	*	*					
Tingkat-II	*	*	*	*	*		
Tingkat-III	*	*	*	*	*	*	
Tingkat-IV	*	*	*	*	*	*	*

Lampiran Data Pengkajian Individu Yang Sakit Dalam Keluarga

Nama Individu yang Sakit:		Diagnosa medik:	
Sumber dana kesehatan:		Rujukan dokter/RS:	
Keadaan umum: Kesadaran: GCS: TD: RR: S: N Takikardi: Bradikardi: Tubuh terasa hangat: Menggigil:	Sikulasi/cairan Edema: Bunyi jantung: Akral dingin: Ascites Tanda perdarahan Purpura/Hematoma Petekie/hematemesis Melena/epitaksis Tanda anemia: Pucat Konjungtiva anemis Lidah pucat Bibir pucat Akral pucat Tanda dehidrasi Mata cekung Turgor kulit Bibir kering Pusing Kesemutan Berkeringat Rasa haus CRT>2 detik	Perkemihan Pola BAK.... x/hari Volume..... ml/hr Hematuria Poliuri Oliguria Disuria Inkontinensia Retensi urine Nyeri saat BAK Kemampuan BAK Mandiri/dibantu sebagian/tergantung Alat bantu: Ya/tidak Kemampuan BAB Mandiri/dibantu sebagian/tergantung Alat bantu: Ya/tidak	Pernafasan Sianosis Sekret/slim Irm ireguler Wheezing Ronkhi Otot bantu nafas Alat bantu nafas Dispneu Sesak Stidor Krepitasi

Pencernaan Mual Muntah Kembung Nafsu makan berkurang/tidak * Sulit menelan Disphagia Bau nafas Kerusakan gigi/gusi/lidah/geraham/rahang/palatum* Distensi abdomen Bising usus: ...x/mnt Konstipasi Diare....x/hr Hemoroid, grade... Teraba masa abdomen Stomatitis Riwayat obat pencahar Maagh Konsistensi Diet khusus: Ya/Tidak*.... Kebiasaan makan dan minum Mandiri/bantu sebagian/tergantung*	Muskuloskeletal Tonus otot Kontraktur Fraktur Nyeri otot/tulang Drop foot lokasi Tremor Malaise/fatigue Atropi Kekuatan otot Postur tidak normal RPS alas: bebas/terbatas/kelemahan/kelu mpuhan (kanan/kiri)* Rps bawah: bebas/terbatas/kelemahan/kelu mpuhan (kanan/kiri)* Berdiri: mandiri/bantu sebagian/tergantung* Alat bantu: Tidak/Ya* Nyeri: Tidak/Ya*	Neurosensori <u>Fungsi penglihatan:</u> Buram Tidak bisa melihat Alat bantu Parese Visus Disatria Halusinasi <u>Fungsi Perabaan:</u> Kesemutan pada... Kebas pada... Disorientasi <u>Fungsi pendengaran</u> Kurang jelas Tuli Alat bantu Tinnitus <u>Fungsi perasa</u> Mampu Terganggu <u>Fungsi penciuman</u> Mampu Terganggu Amnesia Kejang: sifat lama... frekuensi kejang.... Paralisis Kulit Jaringan Parut Memar Laserasi Ulserasi Pus..... Bulae Perdarahan bawah Krustae Luka bakar derajat... perubahan warna... Decubitus: grade... lokasi....
Tidur dan istirahat Susah tidur		

Waktu tidur			
Bantuan obat			
Mental Cemas Denial Marah Takut Putus asa Depresi Rendah diri Menarik diri Agresif Perilaku kekerasan Respon pasca trauma Tidak mau melihat bagian tubuh yang rusak	Komunikasi dan budaya Interaksi dengan keluarga baik/terhambat Berkomunikasi i Lancar/terhambat* Kegiatan sosial sehari-hari	Kebersihan diri Gigi-mulut kotor Mata kotor Kulit kotor Perineal/genital kotor Hidung kotor Kuku kotor Telinga kotor Rambut-kepala kotor	Perawatan diri sehari-hari: Mandi: mandiri/dibantu sebagian/tergantung Berpakaian: mandiri/dibantu sebagian/tergantung Menyisir rambut: mandiri/dibantu sebagian/tergantung
Keterangan tambahan terkait individu:			
Diagnosa keperawatan individu/keluarga:			

MENGETAHUI

Nama Koordinator perkesmas		Tanggal/tandatangan	
----------------------------	--	---------------------	--

PERENCANAAN KEPERAWATAN

Tgl/ No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tgl/ No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat

DAFTAR PUSTAKA

- IPKKI. 2017. *Panduan Asuhan Keperawatan: Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta: UI Press.
- Kholifah, S. N. and Widagdo, W. 2016. *Keperawatan keluarga dan komunitas*. Jakarta Selatan: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- NANDA. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Edisi 10. Edited by T. H. Heardman and Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2009. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Zaidin Ali. 2009. *Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.

BIODATA PENULIS



Bakti Putri Harwijayanti, S.ST., M.Tr.Keb.

Staf Dosen Prodi Kebidanan Blora
Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Purworejo tanggal 06 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Blora Program Diploma III, Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan D3 di Prodi Kebidanan Magelang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang dan D4 Kebidanan di Universitas Respati Yogyakarta dan melanjutkan S2 pada Magister Terapan Kebidanan Pascasarjana Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menekuni bidang pendidikan dan pengembangan kompetensi melalui penyusunan karya literatur maupun karya ilmiah lainnya.

BIODATA PENULIS



Yunita Liana

Dosen Tetap Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada di Palembang

Penulis lahir di desa Tuguharum (Ogan Komering Ulu Timur) Sumatera Selatan pada tanggal 09 Juni 1984. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada di Palembang. Pada tahun 2006 penulis menuntaskan pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kep) kemudian pada tahun 2007 Pendidikan Profesi di STIK Bina Husada. Pada tahun 2013 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Ilmu Biomedik pada Program Pasca Sarjana Universitas Sriwijaya. Beberapa mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Farmakologi Keperawatan, Keperawatan Komunitas & Keluarga, Keperawatan Maternitas dan Metodologi Penelitian. Penulis merupakan dosen tersertifikasi, aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, Penulis juga aktif mengikuti organisasi profesi sebagai Pengurus IPEMI (Ikatan Perawat Maternitas Indonesia) regional Sumsel, anggota PERKADOSI (Perkumpulan Karir Dosen Indonesia) dan Anggota ADPERTISI (Asosiasi Dosen Perguruan Tinggi Swasta).

BIODATA PENULIS



Ners. Kristiani Desimina Tauho, MSN.

Staf Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan

Penulis lahir di Soe, Nusa Tenggara Timur tanggal 25 Desember 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Satya Wacana Salatiga. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Kristen Satya Wacana Salatiga, pendidikan profesi Ners di STIKes Kusuma Husada Surakarta dan melanjutkan S2 pada jurusan Family Nursing di Silliman University, Filipina. Penulis memiliki fokus riset pada bidang keperawatan keluarga maternitas dan anak.

BIODATA PENULIS



Sulistiyani

Staf Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Jayapura

Penulis lahir di Jayapura tanggal 13 Oktober 1983. Riwayat Pendidikan diawali dari lulus pendidikan D3 Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura pada tahun 2004. Penulis kemudian melanjutkan jenjang Pendidikan SI Keperawatan dan Ners di Universitas Brawijaya tahun lulus 2012. Kemudian pada tahun 2017 penulis melanjutkan Pendidikan jenjang S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro dan lulus pada tahun 2019.

Penulis sebagai dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Jayapura dimulai pada tahun 2005 sampai sekarang. Penulis menjadi tim Dosen pada mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, Falsafah Keperawatan, Etika Keperawatan, Manajemen Puskesmas, Kesehatan dan Keselamatan Kerja, dan Komunikasi Dalam Keperawatan.

Email Penulis: is.listi83@gmail.com //

BIODATA PENULIS



Ns. Muhammadong, S.Kep., M.Kes.

Dosen Di Program Studi D3 Keperawatan
Akper Yapenas Maros

Lahir di Pangkajene, 09 Mei 1985. Anak ke-3 dari 4 bersaudara, merupakan keturunan bugis makassar. Penulis memulai karirnya dibidang pelayanan kesehatan di IGD rumah sakit Batara Siang Pangkep, saat ia lulus dari program magister biomedik konsentrasi emergency and disaster management Universitas Hasanuddin Makassar dan memutuskan untuk mengajar sebagai dosen di Program Studi D3 Keperawatan Akper Yapenas Maros.

Sebelumnya penulis pernah bekerja di Public Safety Centre (PSC) 118 Pangkep. Penulis juga aktif di Klinik Swasta yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap. Saat ini penulis menjabat sebagai General Manager di Klinik Maharani Pangkep.

Penulis juga merupakan seorang pengusaha di bidang Food. Tahun 2020 penulis mendirikan Rumah Makan dan Catering Tika, selain itu penulis juga aktif menjadi narasumber serta aktif menulis karya ilmiah, penelitian, buku dan artikel. Motto penulis "Success is process not a coincidence, sukses itu proses bukan kebetulan".

BIODATA PENULIS



Mei Rianita Elfrida Sinaga
Staf Dosen Jurusan Keperawatan

Penulis lahir di Pematangsiantar tanggal 29 Mei 1989. Penulis berdarah Batak ini menginjakkan kaki pertama kali ke pulau Jawa sejak tahun 2014 dengan mimpi yang besar. Penulis adalah dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Profesi Ners di Universitas Sumatera Utara dan Magister Keperawatan berhasil menyelesaikan dengan predikat cumlaude dengan masa studi 3 semester di Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis mengajar di bidang keperawatan komunitas, keluarga, gerontik, pendidikan dan promosi kesehatan. Aktif menulis buku dan membuat karya yang telah terdaftar hak cipta serta melakukan publikasi ilmiah di beberapa jurnal nasional terakreditasi. Mendapatkan beberapa hibah penelitian dari Kemenristek-Brin maupun institusi. Penulis merupakan anak pertama dari empat bersaudara dan telah dikaruniai sepasang putra yaitu Gaby dan Geraldo yang menetap tinggal di kota Yogyakarta. Beberapa artikel yang sudah publish fokus pada masalah kelompok rentan seperti narapidana perempuan, lansia, dan remaja.

BIODATA PENULIS



Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep
Staf Dosen Jurusan Keperawatan

Penulis lahir di Marihat Bandar, 30 Oktober 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua. Menyelesaikan pendidikan D3, S1, Profesi dan S2 pada Jurusan Keperawatan di Fakultas Keperawatan, Universitas Sumatera Utara. Penulis menekuni bidang menulis di berbagai jurnal nasional tersindeks sinta dan internasional bereputasi. Penulis juga merupakan reviewer jurnal internasional bereputasi dan editor serta reviewer di beberapa jurnal nasional tersindeks sinta.

BIODATA PENULIS



Abigail Grace Prasetiani

Dosen Keperawatan di Fakultas Keperawatan
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

Penulis lahir di Surabaya, Penulis adalah dosen tetap fakultas Keperawatan, Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan pada tahun 2011 di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surabaya, S1 dan Ners pada tahun 2014 di Universitas Airlangga, dan S2 Keperawatan pada tahun 2019 di Universitas Diponegoro.

BIODATA PENULIS



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

Dosen Akademi Keperawatan Al hikmah 2 Brebes

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

Email Penulis: estiNj@gmail.com