

**KEPERAWATAN KELUARGA: PENDEKATAN
KOMPREHENSIF DALAM PERAWATAN
KESEHATAN KELUARGA**

**Restu Iriani
Ady Purwoto
Haris
Sulistiyani
Ani Nuraeni
Lukman Harun
Mariam Dasat
Erni Eka Sari
Suprpto
Esti Nur Janah**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN KELUARGA: PENDEKATAN KOMPREHENSIF DALAM PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

Penulis :

Restu Iriani
Ady Purwoto
Haris
Sulistiyani
Ani Nuraeni
Lukman Harun
Mariam Dasat
Erni Eka Sari
Suprpto
Esti Nur Janah

ISBN :

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

Penyunting : Ilda Melisa, Amd.Kep

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2023

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

KATA PENGANTAR

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

Buku ini Pengantar keperawatan keluarga, Peran perawat dalam perawatan kesehatan keluarga, Pengkajian Keluarga, Diagnosis dan Perencanaan Keperawatan Keluarga, Evaluasi dan Revisi Perawatan Keluarga, Kesehatan Promotif dan Pencegahan Penyakit Keluarga, Keperawatan pada Kondisi Khusus dalam Keluarga, Etika dan Hukum dalam Keperawatan Keluarga, Inovasi dan Tantangan dalam Keperawatan Keluarga, Strategi Promosi Kesehatan dalam Peningkatan PHBS Tatanan Rumah Tangga.

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

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

Padang, November 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 PENGANTAR KEPERAWATAN KELUARGA.....	1
1.1 Definisi Keperawatan Keluarga	1
1.2 Sejarah Keperawatan Keluarga	1
1.3 Tujuan Keperawatan Keluarga	3
1.4 Peran Perawat Keluarga.....	5
1.5 Proses Keperawatan Keluarga	6
1.6 Hambatan dalam Keperawatan Keluarga	7
DAFTAR PUSTAKA.....	8
BAB 2 PERAN PERAWAT DALAM PERAWATAN	
KESEHATAN KELUARGA.....	9
2.1 Pengertian Keluarga.....	9
2.2 Fungsi Keluarga	10
2.3 Peran Perawat Keluarga.....	11
2.4 Peran Perawat dalam Keperawatan Keluarga.....	13
DAFTAR PUSTAKA.....	16
BAB 3 PENGKAJIAN KELUARGA	17
3.1 Definisi Pengkajian Keluarga.....	17
3.2 Sumber Data, Pengelompokan data dan Informasi	17
3.3 Pengkajian Tingkat Kemandirian keluarga.....	19
3.4 Pengkajian Keluarga berdasarkan model friedman.....	20
DAFTAR PUSTAKA.....	29
BAB 4 DIAGNOSIS DAN PERENCANAAN	
KEPERAWATAN KELUARGA.....	31
4.1 Pendahuluan	31
4.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga	32
4.3 Perencanaan Keperawatan Keluarga	36
DAFTAR PUSTAKA.....	45
BAB 5 EVALUASI DAN REVISI PERAWATAN	
KELUARGA	47
5.1 Pendahuluan	47
5.2 Pengertian Evaluasi	47
5.3 Tujuan Evaluasi Keperawatan.....	48
5.4 Jenis Evaluasi	48

5.5 Metode dan Sumber Data Evaluasi.....	50
5.6 Proses Evaluasi.....	51
5.7 Contoh Dokumentasi Evaluasi.....	54
DAFTAR PUSTAKA.....	56
BAB 6 KESEHATAN PROMOTIF DAN PENCEGAHAN	
PENYAKIT KELUARGA.....	57
6.1 Pendahuluan	57
6.2 Kesehatan Promotif	59
6.2.1 Prinsip Promosi Kesehatan	59
6.2.2 Prinsip Promosi Kesehatan di Keluarga	60
6.2.3 Promosi Kesehatan bagi pasien dan Keluarga.....	61
6.3 Pencegahan Penyakit Keluarga.....	64
6.3.1 Pencegahan Penyakit Hipertensi pada Keluarga ..	64
6.3.3 Pencegahan penyakit Diabetes Militus pada Keluarga.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	68
BAB 7 KEPERAWATAN PADA KONDISI KHUSUS	
DALAM KELUARGA	71
7.1 Pengertian Berkebutuhan Khussus	71
7.2 Jenis Anak Berkebutuhan Khusus	71
7.3 PenangananAnak Berkebutuhan Khusus.....	73
7.3.1 Penanganan umum.....	73
7.3.2 Penanganan khusus	74
7.4 Peran orang tua terhadap anak berkebutuhan khusus	91
DAFTAR PUSTAKA.....	94
BAB 8 ETIKA DAN HUKUM DALAM KEPERAWATAN	
KELUARGA.....	95
8.1 Konsep Etika Keperawatan Keluarga.....	95
8.1.1 Pengertian	95
8.1.2 Tujuan Etika Keperawatan	96
8.1.3 Tipe – Tipe Etika Keperawatan	97
8.1.4 Prinsip – prinsip Etik.....	97
8.2 Prinsip Dasar Dalam Keperawatan Keluarga.....	99
8.3 Etik dan Keperawatan Keluarga.....	100
8.4 Hukum dalam Keperawatan Keluarga	102
DAFTAR PUSTAKA.....	106

BAB 9 INOVASI DAN TANTANGAN DALAM KEPERAWATAN KELUARGA.....107

9.1 Pendahuluan107

9.2 Inovasi dalam Keperawatan Keluarga.....110

9.3 Tantangan dalam Keperawatan Keluarga114

DAFTAR PUSTAKA.....120

BAB 10 STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DALAM PENINGKATAN PHBS TATANAN RUMAH TANGGA.....123

10.1 Pendahuluan123

10.2 PHBS di Tatanan Rumah Tangga.....124

10.2.1 Definisi.....124

10.2.2 Tujuan PHBS124

10.2.3 Sasaran PHBS124

10.2.4 Indikator PHBS.....125

10.2 Strategi Promosi Kesehatan Dalam Peningkatan PHBS Tatanan Rumah Tangga127

10.2.1 Pemberdayaan Masyarakat.....128

10.2.2 Bina Suasana128

10.2.3 Advokasi.....130

10.2.4 Dukungan Sosial131

DAFTAR PUSTAKA.....133

BIODATA PENULIS

BAB 1

PENGANTAR KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Restu Iriani

1.1 Definisi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga adalah suatu layanan yang bersifat komprehensif, di mana keluarga dan segala komponennya menjadi fokus utama dalam seluruh tahap perawatan, termasuk pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi (Kholifah & Widagdo, 2016). Konsep keperawatan keluarga mencakup penyediaan perawatan yang melibatkan seluruh anggota keluarga, baik dalam kondisi sehat maupun saat ada masalah kesehatan (Friedman et al., 2014). Potter et al. (2020) menjelaskan bahwa keperawatan keluarga merupakan pendekatan layanan kesehatan yang membantu semua anggota keluarga dalam memelihara kesehatan mereka sebaik mungkin, bahkan ketika mereka menghadapi pengalaman sakit. Keperawatan keluarga ini mencakup berbagai tahapan, mulai dari evaluasi, diagnosis, intervensi, pelaksanaan, hingga evaluasi, yang diarahkan agar meningkatkan kesejahteraan kesehatan seluruh anggota keluarga semakin meningkat.

Keperawatan keluarga harus mempunyai karakteristik unik sebab memberikan layanan yang merangkul seluruh anggota keluarga untuk menjadi sebuah sistem yang keduanya bisa berpengaruh satu sama lain. Pelayanan keperawatan keluarga bisa diterapkan di beragam jenis keluarga dalam segala situasi kesehatan dan juga situasi lainnya.

1.2 Sejarah Keperawatan Keluarga

Di Inggris, seorang tokoh seperti Florence Nightingale menyadari pentingnya memperhatikan keluarga dan lingkungan rumah ketika merawat individu yang sedang sakit. Bahkan di kamp

militer, Diperlukan usaha untuk menjaga kesejahteraan keluarga agar mereka tidak jatuh ke dalam kemiskinan. Ini juga berarti para pencari nafkah perlu mendapatkan perawatan untuk sembuh dari penyakit mereka. Di Amerika Serikat pada abad ke-19 dan awal abad ke-20, praktisi kesehatan masyarakat dan profesional lainnya mulai memberikan layanan kesehatan di rumah kepada kelompok miskin, yang kemudian berkembang menjadi perawatan keluarga yang berfokus pada penyakit menular.

Namun, menurut Ford seperti yang dijelaskan dalam Friedman et al. (2014), perkembangan keperawatan mengalami perubahan yang mengarah pada pengurangan fokus pada pelayanan keperawatan keluarga. Hal ini disebabkan oleh Beberapa kebijakan, seperti pembatasan cakupan asuransi, kebijakan rujukan, pembiayaan dari lembaga pemerintah maupun swasta, serta kekurangan sumber dana untuk pendekatan pencegahan. Akibatnya, fokus keperawatan keluarga menjadi berkurang.

Pada saat itu, terdapat empat kelompok spesialisasi keperawatan yang lebih berfokus pada keluarga, yakni pelayanan kesehatan masyarakat, perawatan anak dan orang tua, kesehatan jiwa-psikiatri, serta perawatan primer keluarga. Akan tetapi, sekitar tahun 1970-an, muncul banyak buku yang mengulas teori keluarga dan penerapannya dalam pelayanan kesehatan komunitas dengan penekanan yang lebih besar pada peran keluarga.

Terdapat sejumlah faktor umum yang berperan dalam pertumbuhan keperawatan keluarga. Salah satunya adalah pemahaman yang semakin bertumbuh tentang pentingnya promosi kesehatan yang melibatkan aspek-aspek selain hanya fokus pada penyakit. Pertumbuhan populasi lansia dan jumlah kasus penyakit kronis dalam masyarakat juga meningkatkan permintaan terhadap layanan perawatan keluarga. Kesadaran yang semakin luas mengenai keluarga yang menghadapi masalah dalam komunitas juga menjadi faktor penting.

Selain itu, perkembangan teori seperti ikatan dan attachment, teori sistem umum, teori stres dan coping keluarga juga berdampak pada pertumbuhan keperawatan keluarga.

Keberadaan terapi pernikahan dan keluarga, panduan pendidikan anak, serta layanan dan klinik keluarga juga turut berperan dalam perkembangan keperawatan keluarga. Di samping itu, kemajuan dalam penelitian keluarga dan temuan signifikan dari penelitian tersebut juga memberikan kontribusi yang besar.

1.3 Tujuan Keperawatan Keluarga

Ali (2010) mengemukakan bahwa tujuan utama dari keperawatan keluarga adalah Meningkatkan kesadaran, dorongan, dan kapabilitas keluarga untuk meningkatkan, mencegah, dan menjaga kesejahteraan mereka secara optimal, agar mereka dapat melaksanakan tugas-tugas mereka dengan efektif.

Tujuan khusus dari keperawatan keluarga adalah meningkatnya pengetahuan, kesadaran, serta keterampilan keluarga pada:

1. Mengenali masalah kesehatan yang tengah dihadapi oleh keluarga.
2. Mengambil keputusan mengenai cara mengatasi masalah yang dihadapi (misalnya, apakah masalah akan diatasi sendiri atau melalui pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, atau praktik keperawatan/kedokteran).
3. Meningkatkan mutu kesehatan keluarga.
4. Mencegah timbulnya penyakit atau masalah kesehatan di kalangan keluarga.
5. Melakukan upaya penyembuhan atau penanganan masalah kesehatan keluarga melalui asuhan keperawatan di rumah.
6. Mendukung rehabilitasi pasien melalui asuhan keperawatan di rumah.
7. Mendukung tenaga profesional kesehatan/keperawatan dalam menangani penyakit atau masalah kesehatan di rumah, serta memberikan rujukan kesehatan dan medis yang sesuai.

Leavell dalam Friedman et al. (2014) memahami tujuan keperawatan keluarga dengan menggunakan kerangka tingkat pencegahan sebagai dasar praktik kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan komunitas. Tingkat pencegahan ini melibatkan

semua kondisi kesehatan dan berbagai penyakit, dengan tujuan-tujuan yang disesuaikan sesuai dengan tingkatnya. Tingkat-tingkat pencegahan ini mencakup:

1. Pencegahan primer, Ini mencakup upaya dalam promosi kesehatan dan tindakan pencegahan khusus yang bertujuan untuk menjaga individu agar tetap terhindar dari penyakit dan cedera. Pentingnya meningkatkan kesadaran tentang kesehatan dan tubuh, serta integrasi tubuh dan pikiran, juga diakui dalam pencegahan primer. Kendala-kendala termasuk sumber daya yang diperlukan untuk perawatan profesional, akses ke penyuluhan kesehatan, dan kebutuhan akan konseling. Hambatan lain termasuk contoh buruk yang diberikan oleh beberapa profesional kepada pasien, serta masalah sosial yang terkait dengan pelayanan kesehatan, pekerjaan, dan pendidikan yang tidak memadai bagi masyarakat.
2. Pencegahan sekunder, yang mencakup deteksi dini, diagnosis, dan terapi. Kunci dalam pencegahan sekunder adalah mendeteksi dan merespons penyakit secepat mungkin. Jika penyakit sudah ada, pencegahan sekunder bertujuan mengurangi kemajuan penyakit atau menghindari kecacatan pasien. Perawat memiliki peran penting dalam melakukan evaluasi keluarga sehingga dapat memberikan perawatan yang tepat. Pencegahan sekunder ini juga melibatkan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pemahaman seluruh anggota keluarga tentang manfaat dari evaluasi tertentu, serta rujukan dan tindak lanjut yang cermat.
3. Pencegahan tersier, Ini melibatkan tindakan pemulihan dan rehabilitasi untuk mengurangi kecacatan pasien serta meningkatkan tingkat fungsinya sebanyak mungkin. Ini juga termasuk perawatan jangka panjang untuk individu yang menghadapi penyakit kronis. Tujuan utama perawatan keluarga adalah untuk menyembuhkan penderitaan dalam segi emosional, fisik, atau spiritual. Dalam proses ini, pasien dan keluarganya membutuhkan dukungan yang substansial dan panduan yang mendalam tentang perawatan diri dan

bantuan yang mungkin diperlukan dari orang lain. Peran perawat keluarga mencakup penemuan masalah, advokasi, pendidikan, serta memberikan konseling kepada pasien dan keluarganya.

1.4 Peran Perawat Keluarga

Gusti (2013) menjelaskan bahwa peran perawat keluarga dapat disusun sebagai berikut:

1. Sebagai pendidik, perawat memiliki tugas untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga sehingga keluarga bisa secara mandiri serta bertanggung jawab pada permasalahan kesehatannya yang mereka hadapi.
2. Sebagai koordinator, perawat berperan sebagai penyelarar dalam perawatan berkelanjutan, memastikan tertujunya layanan yang komprehensif.
3. Sebagai pelaksana, Perawat yang berkolaborasi dengan pasien dan keluarganya, baik di lingkungan rumah maupun di fasilitas kesehatan, memiliki kewajiban untuk memberikan perawatan secara langsung.
4. Sebagai pengawas kesehatan, Perawat melakukan kunjungan rumah guna mengidentifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan kesejahteraan keluarga.
5. Sebagai konsultan, perawat memiliki peran menjadi sumber informasi dan nasihat untuk keluarga ketika mereka berhadapan dengan sebuah masalah kesehatan.
6. Sebagai kolaborator, Perawat berkolaborasi dengan tim penyedia layanan kesehatan lainnya untuk mencapai tingkat kesehatan yang terbaik bagi keluarga.
7. Sebagai fasilitator, perawat membantu keluarga dalam mengatasi hambatan-hambatan yang menghambat peningkatan derajat kesehatan mereka.
8. Sebagai penemu kasus, perawat berperan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini.
9. Sebagai modifikator lingkungan, perawat harus mengubah lingkungan, baik di rumah maupun dalam masyarakat, untuk mendukung perbaikan kesehatan keluarga.

1.5 Proses Keperawatan Keluarga

Proses keperawatan melibatkan pemberian perawatan kepada individu pada konteks keluarga, di mana keluarga dapat menjadi pasien yang perlu diberikan perawatan. Dalam melakukan asuhan keluarga, perawat memiliki beberapa pendekatan yang dapat digunakan, termasuk:

1. Mengevaluasi setiap anggota keluarga secara individual dalam konteks keluarga.
2. Menilai keluarga sebagai pasien itu sendiri.
3. Menilai keluarga merupakan sebuah sistem (Potter et al., 2020).

Memberikan perawatan dan dukungan yang memadai kepada keluarga merupakan fokus utama dalam proses penilaian keluarga. Peran perawat menjadi kunci dalam membantu keluarga menghadapi berbagai macam penyakit, termasuk yang bersifat akut, kronis, dan terminal. Penting bagi perawat untuk memahami bagaimana dinamika dalam keluarga berjalan, bagaimana penyakit memiliki makna bagi pasien, serta peran serta fungsi yang dimainkan oleh setiap anggota keluarga.

Selanjutnya, perawat perlu mengevaluasi dampak penyakit terhadap struktur keluarga dan mengidentifikasi jenis dukungan yang diperlukan oleh keluarga. Perawat juga dapat menggabungkan pengetahuan tentang penyakit dengan penilaian terhadap pasien dan keluarganya, serta perilaku yang mereka tunjukkan. Dalam proses penilaian ini, perawat harus mempertimbangkan bentuk keluarga serta anggota keluarga yang terlibat, dan juga menentukan tempat di mana anggota keluarga tersebut mengungkapkan masalah kesehatan mereka ketika mereka sakit.

Perawat harus mengajukan pertanyaan mengenai pemahaman keluarga, organisasi keluarga, lokasi tempat tinggal keluarga, serta bagaimana aspek kekuatan dalam struktur keluarga ini didefinisikan, termasuk pola peran dan pembagian tanggung jawab dalam keluarga. Selain itu, perawat juga perlu menilai kemampuan keluarga untuk beradaptasi terhadap tantangan yang dihadapi oleh pasien dan keluarganya, serta sejauh mana keluarga mencapai tahap-tahap perkembangan keluarga yang sesuai.

Selain aspek-aspek tersebut, penting juga untuk mengevaluasi dukungan ekonomi yang diberikan oleh anggota keluarga dan jaringan sosial mereka (Potter et al., 202

1.6 Hambatan dalam Keperawatan Keluarga

Terdapat beberapa kendala yang muncul dalam pelaksanaan praktik keperawatan keluarga. Kendala-kendala tersebut mencakup:

1. Keterbatasan fasilitas dan infrastruktur yang tersedia bagi perawat.
2. Mayoritas perawat lebih fokus pada aspek individu daripada merangkul seluruh anggota keluarga.
3. Rendahnya tingkat pendidikan di dalam keluarga.
4. Keterbatasan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga.
5. Kebiasaan yang telah mendarah daging dan menjadi bagian integral dari keluarga selama bertahun-tahun.
6. Budaya sosial yang tidak mendukung pelaksanaan praktik keperawatan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. 2010. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Kedokteran EGC
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik* (E. Tiar (ed.); 5th ed.). Jakarta: Kedokteran EGC.
- Gusti, S. 2013. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Kholifah, S. N., & Widagdo, W. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., Hall, A. M., Crisp, J., Douglas, C., Rebeiro, G., & Waters, D. 2020. *Dasar-Dasar Keperawatan Volume 1, Edisi Indonesia ke-9. Elsevier Ltd*

BAB 2

PERAN PERAWAT DALAM PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

Oleh Ady Purwoto

2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan target perawatan komunitas, selain individu, kelompok, dan masyarakat. Area pelayanan keperawatan keluarga adalah salah satu aspek perawatan keperawatan yang dapat diimplementasikan dalam lingkungan masyarakat (Candra, 2014).

Definisi keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga serta beberapa individu yang hidup bersama di bawah satu atap, saling bergantung satu sama lain (Sulistyo, 2012). Candra (2014) menggambarkan keluarga sebagai sistem interaksi emosional yang terorganisir secara kompleks. Pada tingkat ini, keluarga memiliki posisi, peran, dan aturan atau nilai-nilai yang menjadi landasan struktur atau organisasi keluarga. Beberapa karakteristik struktur keluarga ini adalah:

1. Terorganisir: Keluarga dapat dilihat sebagai sebuah organisasi di mana setiap anggota memiliki peran dan fungsi yang mereka jalankan untuk mencapai tujuan keluarga. Dalam melaksanakan peran dan fungsi ini, anggota keluarga saling berhubungan dan saling bergantung satu sama lain.
2. Keterbatasan: Meskipun setiap anggota keluarga memiliki kebebasan, mereka juga memiliki keterbatasan dalam menjalankan peran dan fungsi mereka.
3. Perbedaan dan Kekhususan: Setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsi yang khusus dan berbeda satu sama lain. Perbedaan dan kekhususan ini mencerminkan adanya variasi dalam peran dan fungsi mereka. Contohnya,

Ayah yang bertindak sebagai pencari nafkah utama dan Ibu yang bertugas merawat anak-anak.

Selain karakteristik tersebut, terdapat juga ciri-ciri umum keluarga, seperti:

1. Diikat dalam suatu tali perkawinan.
2. Hubungan darah antara anggota keluarga.
3. Ada ikatan batin di antara anggota keluarga.
4. Tanggung jawab individu dalam keluarga.
5. Pengambilan keputusan bersama.
6. Kolaborasi di antara anggota keluarga.
7. Interaksi komunikasi di antara anggota keluarga.
8. Tinggal bersama dalam satu rumah (Zulkahfi, 2015).

2.2 Fungsi Keluarga

Menurut Candra (2014), “fungsi umum keluarga didefinisikan sebagai hasil dari struktur keluarga. Keluarga memiliki beberapa fungsi, di antaranya:

1. **Fungsi Afektif (Fungsi Afektif)** Fungsi ini terkait dengan aspek internal keluarga yang menjadi pondasi kekuatan keluarga. Fungsi afektif ini penting untuk memenuhi kebutuhan psikososial keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang antara anggota keluarga, karena memberikan respon kasih sayang satu sama lain menciptakan dasar penghargaan terhadap kehidupan keluarga. Keberhasilan dalam menjalankan fungsi afektif terlihat dalam kebahagiaan dan kegembiraan seluruh anggota keluarga, yang pada gilirannya memungkinkan setiap anggota keluarga untuk mempertahankan iklim positif.
2. **Fungsi Sosialisasi dan Tempat Bersosialisasi (Fungsi Sosialisasi dan Penempatan Sosial)** Sosialisasi adalah proses perkembangan individu melalui interaksi sosial dan pembelajaran peran dalam lingkungan sosial. Keluarga berperan penting dalam sosialisasi dengan memberikan berbagai pengalaman belajar kepada individu dalam keluarga. Fungsi sosialisasi mencakup membimbing anak

dalam pembentukan norma-norma perilaku yang sesuai dengan perkembangan mereka, serta meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Keluarga mengajarkan anggotanya untuk berinteraksi baik di lingkungan internal maupun eksternal keluarga.

3. **Fungsi Reproduksi (Fungsi Reproduksi)** Keluarga memiliki fungsi penting dalam melanjutkan keturunan dan menyumbangkan sumber daya manusia dengan merawat dan membesarkan anak-anak. Fungsi ini menjaga kelangsungan generasi keluarga dengan menyediakan anggota baru bagi masyarakat. Namun, fungsi reproduksi terbatas oleh program keluarga berencana, yang mendorong setiap rumah tangga untuk memiliki hanya dua anak.
4. **Fungsi Ekonomi (Fungsi Ekonomi)** Fungsi ekonomi keluarga melibatkan upaya mencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan semua anggota keluarga, seperti makanan, tempat tinggal, pakaian, dan lainnya. Fungsi ini juga mencakup pengelolaan pengeluaran keluarga dan tabungan untuk memenuhi kebutuhan masa depan. Keluarga dengan status ekonomi rendah, seperti keluarga pra sejahtera, keluarga miskin, atau keluarga sangat miskin, mungkin kesulitan untuk memenuhi fungsi ekonomi ini.
5. **Fungsi Perawatan Kesehatan (Fungsi Perawatan Kesehatan)** Fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan melibatkan pelaksanaan praktik perawatan kesehatan. Keluarga memiliki tanggung jawab untuk menjaga kesehatan anggota keluarganya agar tetap produktif dalam menjalankan peran mereka masing-masing.

2.3 Peran Perawat Keluarga

Dalam kerangka lima fungsi keluarga, salah satu dari fungsi tersebut adalah peran perawat kesehatan, di mana perawat bekerja bersama keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang mungkin timbul. Perawat kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga sebagai unit pelayanan, dengan tujuan mewujudkan keluarga yang sehat. Peran perawat

dalam konteks ini adalah membantu keluarga mengatasi masalah kesehatan dengan meningkatkan kemampuan keluarga dalam melaksanakan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga.

Perawat memiliki berbagai peran penting dalam membantu keluarga dalam menyelesaikan masalah atau memberikan perawatan kesehatan keluarga. Beberapa peran tersebut meliputi:

1. **Pendidik:** Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga dengan tujuan agar keluarga dapat mandiri dalam menjalankan program asuhan kesehatan keluarga dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan yang mereka hadapi. Pendidikan atau penyuluhan ini diharapkan mampu memberikan keluarga kemampuan untuk mengatasi dan mengambil tanggung jawab terhadap masalah kesehatannya.
2. **Koordinator:** Koordinasi diperlukan dalam perawatan berkelanjutan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang komprehensif. Hal ini juga diperlukan untuk mengoordinasikan program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin ilmu agar tidak terjadi tumpang tindih dan pengulangan.
3. **Pelaksana:** Perawat yang bekerja dengan klien dan keluarga, baik di rumah, klinik, maupun rumah sakit, bertanggung jawab memberikan perawatan langsung. Perawat dapat memberikan demonstrasi asuhan keperawatan kepada keluarga dengan harapan keluarga nantinya dapat memberikan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit.
4. **Pengawas Kesehatan:** Sebagai pengawas kesehatan, perawat harus melakukan kunjungan rumah atau home visit secara teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga. Kunjungan ini tidak hanya sekadar kunjungan, tetapi juga harus diikuti dengan tindak lanjut yang sesuai.
5. **Konsultan:** Perawat berperan sebagai nara sumber bagi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan. Untuk membangun hubungan yang baik antara perawat dan

- keluarga, perawat harus dapat memberikan nasehat yang bisa dipercayai, terbuka, dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Kolaborasi: Sebagai perawat di komunitas, kolaborasi dengan pelayanan rumah sakit, puskesmas, dan anggota tim kesehatan lainnya diperlukan untuk mencapai tingkat kesehatan keluarga yang optimal. Kolaborasi ini tidak hanya berlaku di rumah sakit, tetapi juga di lingkungan keluarga dan komunitas.
 7. Fasilitator: Peran perawat komunitas adalah membantu keluarga mengatasi kendala yang mungkin mereka hadapi dalam meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Kendala tersebut mungkin termasuk ragu-ragu dalam menggunakan pelayanan kesehatan, masalah ekonomi, dan masalah sosial-budaya. Untuk melaksanakan peran fasilitator dengan baik, perawat komunitas harus memahami sistem pelayanan kesehatan, seperti sistem rujukan dan dana kesehatan.
 8. Penemu Kasus: Peran penting lainnya dari perawat komunitas adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini (Case Finding) untuk mencegah terjadinya ledakan atau kejadian luar biasa (KLB).
 9. Modifikasi Lingkungan: Perawat komunitas juga memiliki peran dalam memodifikasi lingkungan, termasuk lingkungan rumah, masyarakat, dan lingkungan sekitarnya, agar menciptakan lingkungan yang sehat.

Dalam rangka memenuhi berbagai peran ini, perawat perlu menjalin hubungan yang baik dengan keluarga, dan bekerja sama dalam tim perawatan serta berkolaborasi dengan berbagai pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan keluarga.

2.4 Peran Perawat dalam Keperawatan Keluarga

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk budaya yang sehat dalam masyarakat, karena masalah kesehatan keluarga memiliki dampak yang signifikan pada anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya (Harsono, 2013). Perawatan kesehatan keluarga adalah suatu proses yang melibatkan

penyediaan perawatan kesehatan yang mencakup praktik keperawatan (Kaakinen et al., 2015). Dalam konteks ini, perawat memiliki sejumlah peran yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan pada tingkat keluarga (Kaakinen et al., 2018).

Salah satunya adalah peran sebagai pendidik kesehatan, di mana perawat memberikan pendidikan kepada keluarga tentang berbagai aspek kesehatan, termasuk penyakit, hubungan, dan perawatan. Misalnya, perawat dapat mengajar orang tua cara merawat bayi atau memberikan informasi tentang diabetes kepada seorang remaja yang baru saja didiagnosis. Selanjutnya, perawat berperan sebagai koordinator, kolaborator, navigator, dan penghubung, membantu keluarga merencanakan perawatan dan mengkoordinasikan layanan kesehatan yang diperlukan. Contohnya, perawat dapat membantu keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami kecelakaan untuk mengakses sumber daya perawatan yang berbeda.

Perawat juga berperan sebagai pemberi dan pengawas perawatan, memberikan atau mengawasi perawatan yang diberikan kepada keluarga dalam berbagai konteks perawatan. Contohnya, perawat dapat datang ke rumah keluarga untuk memberikan konsultasi dan merawat anak yang menggunakan alat bantu pernapasan. Selain itu, perawat berperan sebagai advokat, mendorong keluarga dan memberdayakan anggota keluarga dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan. Sebagai contoh, perawat sekolah dapat berperan sebagai advokat untuk layanan pendidikan khusus bagi anak dengan gangguan defisit-hiperaktif.

Perawat juga dapat berperan sebagai konsultan yang memberikan panduan dan dukungan kepada keluarga sesuai kebutuhan mereka, serta sebagai konselor yang membantu individu dan keluarga dalam mengatasi masalah dan mengubah perilaku. Sebagai penemu kasus, perawat terlibat dalam identifikasi masalah kesehatan dalam keluarga, seperti mencari sumber penularan pada kasus infeksi menular seksual. Perawat juga memiliki peran sebagai spesialis lingkungan, berkolaborasi

dengan keluarga dan penyedia layanan kesehatan lainnya untuk memodifikasi lingkungan sesuai kebutuhan, seperti memodifikasi rumah untuk memfasilitasi mobilitas pasien yang menggunakan kursi roda.

Selain itu, perawat berperan sebagai clarifier dan interpreter, menjelaskan dan menafsirkan informasi dan data kesehatan kepada keluarga dalam berbagai konteks. Sebagai pengganti, perawat dapat mengambil peran orang lain dalam situasi tertentu, seperti berperan sebagai figur orang tua bagi seorang remaja yang melahirkan. Perawat juga berperan sebagai peneliti, mengidentifikasi masalah praktik dan mencari solusi terbaik melalui pendekatan ilmiah. Terakhir, perawat dapat berperan sebagai role model atau panutan yang memberikan contoh perilaku kesehatan yang baik bagi keluarga.

Harsono (2013) mengidentifikasi enam peran utama perawat dalam konteks perawatan keluarga. Pertama, perawat berperan sebagai pengenalan kesehatan dengan membantu keluarga mengenali perubahan dalam kondisi kesehatan mereka melalui analisis data secara objektif. Kedua, perawat memberikan pelayanan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit. Ketiga, perawat berperan sebagai koordinator layanan kesehatan dan perawatan kesehatan keluarga. Keempat, perawat berperan sebagai fasilitator yang memudahkan akses keluarga terhadap layanan kesehatan. Kelima, perawat berperan sebagai pendidik kesehatan. Terakhir, perawat berperan sebagai penyuluh dan konsultan.

Dalam kesimpulannya, perawat memiliki beragam peran yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Untuk menjalankan peran-peran ini secara efektif, kerja sama tim dan kolaborasi dengan profesi lain dalam tim perawatan sangat diperlukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad, Chandra HR. 2014. Efek Ekstrak Daun Insulin (*Smallanthus Sonchifolia*) terhadap Kadar Glukosa Darah, Berat Badan, dan Kadar Trigliserida pada Tikus Diabetes strain Sprague dawey yang Diinduksi Aloksan, Skripsi, Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta: American Diabetes Association, 2009, *Standards of Medical Care in Diabetes 2009, Diabetes Care*, volume 32, supplement 1
- Andarmoyo, Sulisty. 2012. *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta : Graha ilmu
- Harnilawati, S. K. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Pustaka As Salam.
- Kaakinen, J. R. 2018. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. 2015. *Family health care nursing*. In *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*.
- Zulkahfi. 2015. *Asuhan Keperawatan Keluarga Muslim*, Tangerang Selatan: Binarup

BAB 3

PENGKAJIAN KELUARGA

Oleh Haris

3.1 Definisi Pengkajian Keluarga

Pengkajian dalam proses keperawatan keluarga merupakan tahap awal dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga. Pengkajian keluarga merupakan bentuk pengkajian yang kompleks. Tidak hanya melibatkan klien sebagai anggota keluarga namun juga melibatkan anggota keluarga yang lain serta kondisi lingkungan klien. Pengkajian keluarga memotret keluarga sebagai klien atau sasaran dalam pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien sehingga diperlukan pengkajian yang lengkap dan akurat. Keberhasilan dalam pengkajian keluarga menjadi dasar dalam penentuan masalah keperawatan keluarga.

3.2 Sumber Data, Pengelompokan data dan Informasi

Sumber data yang bisa digunakan dalam pengkajian keluarga terdiri dari 3 bentuk (Murwani, 2014) yaitu :

1. Wawancara

Wawancara bisa dilakukan pada anggota keluarga selain klien, yang berkaitan dengan gaya hidup yang berkaitan dengan kondisi kesehatan klien. Wawancara harus disusun secara terstruktur dan terarah. Pada tahap wawancara, klien dan keluarga diberikan kesempatan untuk mengungkapkan kondisi kesehatan yang dialami saat ini termasuk riwayat kesehatan sebelumnya

2. Observasi

Observasi dilakukan dengan cara mengamati mengenai kondisi kesehatan klien dalam hal pemeriksaan fisik, termasuk mengamati kondisi lingkungan dan tempat tinggal klien.

3. Informasi

Segala sumber data baik secara tertulis maupun tidak tertulis mengenai kesehatan klien dan keluarga.

Pengelompokan data klien (Juniarti *et al.*, 2018) meliputi :

1. Data Dasar

Data dasar bersifat komprehensif yang merupakan kumpulan data mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatannya dan informasi dari medis atau tenaga kesehatan lainnya. Data dasar meliputi : data demografi, sosial budaya, lingkungan keluarga, data perkembangan keluarga, struktur dan fungsi keluarga, data coping keluarga serta pengkajian fisik anggota keluarga.

2. Data Fokus

Data fokus dalam pengkajian keluarga merupakan data tentang perubahan atau respon klien terhadap kondisi kesehatannya dan mencakup tindakan yang diberikan kepada klien. Data fokus lebih untuk mengidentifikasi data spesifik yang ditentukan oleh perawat, klien dan keluarga berdasarkan keadaan klien.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melaksanakan pengkajian dalam keluarga (Murwani, 2014) :

1. Membina hubungan yang baik

Membina hubungan saling percaya ketika pertama kali bertemu dengan klien dan keluarga merupakan kunci pembuka kelancaran interaksi. Perawat harus mampu membina hubungan baik dengan klien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga

Membina hubungan yang baik dengan keluarga dapat dilakukan dengan tahapan :

- a. Memperkenalkan diri dengan ramah
- b. Menjelaskan tujuan kunjungan perawat
- c. Memberikan penjelasan bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu memberikan solusi terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi keluarga

- d. Menjelaskan kepada keluarga bahwa kunjungan perawat dapat dilakukan beberapa kali dan jumlah petugas kesehatan yang terlibat dalam kunjungan keluarga
2. Pengkajian awal
Fokus pengkajian awal adalah memvalidasi kembali data yang diperoleh pelayanan kesehatan
3. Pengkajian lanjutan
pengkajian lanjutan ditujukan untuk memperoleh data lebih detail mengenai keluhan klien dan pengkajian secara komprehensif (lima) indikator KS III, serta 2 (dua) indikator tahapan KS III plus. Penjabaran masing-masing keluarga sejahtera dapat diakses pada laman : <http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx>

3.3 Pengkajian Tingkat Kemandirian keluarga

Faktor penting yang harus menjadi perhatian perawat dalam melakukan pengkajian keluarga adalah melakukan pengkajian tingkat kemandirian keluarga. Tingkat kemandirian keluarga menunjukkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan secara sendiri dengan bimbingan dan arahan dari petugas kesehatan. Haris *et al.*, (2020) mengungkapkan bahwa tingkat kemandirian keluarga dapat meningkat dengan seringnya perawat melakukan kunjungan rumah. Jumlah kunjungan disesuaikan dengan kondisi klien dan keluarga. Pada umumnya jumlah kunjungan berkisaran 2-4 kali untuk mencapai tingkat kemandirian keluarga.

Terdapat 7 Kriteria dalam menentukan tingkat kemandirian keluarga yaitu indikator pertama : menerima petugas perawatan masyarakat, indikator kedua: menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, indikator ketiga: tahu dan dapat mengungkapkan masalah secara benar. Indikator keempat: memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran, indikator kelima: melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan. Indikator keenam: melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif dan indikator ketujuh: melaksanakan tindakan promotif secara aktif. Adapun tingkat I kemandirian

keluarga jika memenuhi kriteria 1 dan 2, tingkat II kemandirian keluarga jika memenuhi kriteria 1 hingga 5, tingkat III kemandirian keluarga jika memenuhi kriteria 1 hingga 6 dan tingkat IV kemandirian keluarga jika memenuhi semua kriteria yaitu 1 hingga 7 (Juniarti *et al.*, 2018).

3.4 Pengkajian Keluarga berdasarkan model friedman

Pengkajian keluarga model friedman terdiri dari model singkat dan model panjang. Pengkajian model friedman terdiri dari pengkajian identitas, tahap perkembangan dan riwayat keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres, koping dan adaptasi keluarga.

Adapun pengkajian keluarga model Friedman (Kaakinen *et al.*, 2010; Friedman, Bowden and Jones, 2014) dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Data Identitas

- a. Terdiri dari nama keluarga (kepala keluarga),
- b. Alamat dan nomor handphone,
- c. Komposisi keluarga
- d. Komposisi keluarga berdasarkan kartu keluarga yang masih tinggal 1 rumah dengan kepala keluarga
- e. Bentuk tipe keluarga

Tipe keluarga dapat berupa keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang berada dalam 1 rumah atau tipe keluarga besar (*extended family*) yang terdiri dari keluarga inti dan keluarga lain yang berada dalam 1 rumah misalnya paman, bibi atau saudara yang lain.

- a. Asal suku/ etnis mencakup suku / etnis kepala keluarga, jika berasal dari suku yang berbeda maka dituliskan keduanya
- b. Identitas agama
Kepercayaan dan agama yang dijalankan anggota keluarga
- c. Status sosial
Status sosial ditentukan berdasarkan kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan sehari-hari, hal ini

mencakup pendapatan kepala keluarga juga anggota keluarga yang lain. Di Indonesia penentuan status sosial masyarakat ditentukan berdasarkan keluarga sejahtera yaitu keluarga pra sejahtera, keluarga sejahtera I, keluarga sejahtera II, keluarga sejahtera III

d. Mobilitas sosial

Mobilitas sosial keluarga lebih diarahkan kepada aktifitas rekreasi yang dijalankan keluarga, apakah terencana atau aksidental. Aktifitas rekreasi dapat pula waktu keluarga berkumpul dan bercengkrama misalnya saat menonton TV atau Film

2. Tahap perkembangan dan riwayat keluarga,

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahapan ini berdasarkan pada anak yang paling tua. Misalnya jika anak pertama masih bersekolah menengah pertama maka tahapan keluarga adalah keluarga dengan anak remaja

b. Tugas perkembangan keluarga yang terpenuhi

Tahapan ini menjelaskan upaya keluarga memenuhi tugas perkembangan keluarga sesuai tingkatannya

c. Riwayat keluarga inti

Menjelaskan riwayat kesehatan keluarga inti, keluhan / penyakit yang saat ini sedang diderita masing-masing anggota keluarga serta usaha keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan dan upaya lain serta bagaimana pengalaman keluarga mengenai pelayanan kesehatan yang didapatkan

d. Riwayat keluarga

Menjelaskan riwayat kesehatan yang pernah dialami sebelumnya, apakah pernah dirawat, pernah menjalani operasi pembedahan atau riwayat mengalami kecelakaan.

3. Data lingkungan,

a. Karakteristik rumah

Uraikan tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, rumah kontrakan /Kos-kosan) apakah milik sendiri atau menyewa rumah. Uraikan kondisi rumah baik secara interior meliputi jumlah ruangan tamu, tidur, ruang keluarga, dapur, kamar mandi, bagaimana kondisinya apakah bersih atau terawat, bagaimana penerangan dan ventilasinya. Sementara kondisi eksterior meliputi teras, taman atau perkarangan apakah dalam kondisi bersih atau terawat. Pembuangan sampah Gambarkan secara umum tampilan rumah apakah terawat atau ada tanda-tanda bahaya dalam rumah misalnya instalasi listrik, lantai yang licin.

b. Karakteristik tetangga dan lingkungan yang lebih besar

Bagaimana kondisi karaktersitik fisik dari lingkungan lebih besar misalnya keluarga tinggal di daerah seperti apa ? apa perkotaan, pedesaan, pegunungan, dan sebutkan secara detail alamat rumah (nama jalan, desa/ kelurahan, RT, Kabupaten hingga provinsi), apakah ada permasalahan kemacetan lalu lintas, apakah ada permasalahan kesehatan yang terus berulang dan tidak ada solusi misalnya masalah banjir atau pembuangan sampah yang tidak terkontrol. Seperti apa budaya / suku yang ada dalam lingkungan keluarga, apa saja fasilitas kesehatan / fasilitas umum (tempat ibadah, sekolah, taman bermain, ruang terbuka yang terdapat dalam lingkungan keluarga.

c. Mobilitas geografi keluarga

Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah tersebut? Apa saja kegiatan aktifitas harian anggota keluarga dalam setiap hari. Apakah keluarga pindahan dari daerah lain ?

d. Perkumpulan keluarga dan transaksi dalam komunitas

Fasilitas umum / fasilitas kesehatan yang digunakan dalam keluarga, seberapa sering keluarga menggunakan fasilitas umum / kesehatan tersebut, bagaimana

persepsi keluarga mengenai lingkungan tempat tinggalnya apakah nyaman, saling menyapa (ramah) atau sebaliknya keluarga tidak terlalu mengetahui kondisi lingkungan sekitarnya.

4. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi

Pada tahapan ini menggambarkan bagaimana pola komunikasi antara anggota keluarga, seberapa sering berkomunikasi, apakah komunikasi dalam keluarga dilakukan secara intens, apakah ada kesalahpahaman dalam berkomunikasi, bagaimana respon balik anggota keluarga dengan jalinan komunikasi dalam keluarga, apakah mereka menjadi pendengar yang baik dan saling memberikan respon yang baik. Apakah anggota keluarga dapat mengekspresikan emosi yang dirasakan, apakah ada batasan atau larangan dalam hal tersebut, apakah ada perantara dalam berkomunikasi atau langsung disampaikan kepada anggota keluarga yang lain, apakah keluarga dapat berkomunikasi sesuai dengan usia perkembangan keluarga. Apakah ada permasalahan dalam berkomunikasi dalam keluarga misalnya komunikasi yang monoton.

b. Struktur kekuasaan

Tahapan ini menggambarkan orang yang berperan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga. Siapa yang paling dominan dalam pengambilan keputusan. seberapa penting keputusan yang diambil tersebut untuk keluarga, apakah memiliki dampak positif dalam keluarga. Apakah keputusan yang diambil dibicarakan atau dimusyawarakan dalam keluarga, apakah ada tawar menawar atau adanya kesepakatan bersama. Atas dasar apa keluarga dalam memutuskan sesuatu misalnya adanya pertimbangan dari orang lain, baik buruknya bagi keluarga dari sesuatu yang diputuskan atau berdasarkan seseorang yang ahli dibidangnya. Apakah keluarga puas setiap keputusan yang diambil dalam keluarga.

c. Struktur Peran

Terdapat peran formal dan informal. Peran formal adalah peran yang dapat dilihat atau nyata misalnya peran kepala keluarga dalam mencari nafkah, peran istri sebagai ibu rumah tangga yang bertugas menyiapkan keperluan makan dan minum, menjaga kebersihan rumah atau membantu kepala keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Peran anak untuk berbakti kepada kedua orang tua dan berperilaku baik. Sementara Peran informal adalah hal yang tidak nyata namun dirasakan keberadaannya seperti memberikan dukungan kepada anggota keluarga. Apakah anggota keluarga menjalankan perannya secara konsisten ataukah keluarga memiliki fleksibilitas menjalankan perannya. Misalnya kepala keluarga membantu pekerjaan istri dalam urusan dapur atau bersih-bersih.

d. Nilai keluarga

Nilai dalam keluarga berkaitan dengan budaya yang dijalankan keluarga. Budaya dominan yang dijalankan keluarga. Seberapa penting nilai yang dijalankan keluarga, apakah terdapat nilai yang dominan, apakah ada pertentangan antara nilai yang dijalankan keluarga dengan nilai yang umumnya berlaku dalam komunitas. Apakah terdapat nilai dalam keluarga yang mempengaruhi yang mempengaruhi status kesehatan keluarga.

5. Fungsi keluarga,

a. Fungsi afektif

Tahapan ini menggambarkan saling asih, keakraban dan kedekatan antar anggota keluarga. Bagaimana gambaran dukungan antar anggota keluarga yang lain, apakah keluarga saling mengasahi, bagaimana keluarga merespon adanya perpisahan dalam keluarga (misalnya ketika anak meranjak dewasa)

b. Fungsi sosialisasi

Tahapan ini menggambarkan bagaimana keluarga membesarkan anak, bagaimana keluarga berperan dalam pengasuhan anak, apakah terdapat pengendalian

perilaku anak melalui disiplin, penghargaan atau pemberian hukuman kepada anak, apakah lingkungan keluarga memadai untuk bermain anak.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan mencakup keyakinan atau nilai dalam keluarga yang mempengaruhi kesehatan, bagaimana pandangan keluarga mengenai definisi sehat atau sakit. Apakah masalah kesehatan yang saat ini diketahui dialami oleh keluarga. Apakah keluarga mengetahui dan melakukan praktik diet dalam keluarga? Apakah ada pengaturan menu makanan hingga pengaturan mengenai konsumsi makanan ringan ? bagaimana kebiasaan tidur yang diterapkan dalam keluarga, apakah ada pengaturan tidur yang disesuaikan dengan usia anak? Apakah keluarga menyadari pentingnya rekreasi dan olahraga bagi kesehatan? Apa jenis olahraga yang dijalankan anggota keluarga? Apakah rutin dilaksanakan dalam pekan ? apakah keluarga mengetahui dampak negative penggunaan tembakau (rokok), alcohol, bagaimana penggunaan obat dalam keluarga? Apakah melalui resep dokter atau dibeli sendiri (berdasarkan golongan obat).

Tahapan ini pula menggambarkan upaya keluarga dalam pencegahan penyakit, bagaimana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, bagaimana pemahaman keluarga mengenai tanda dan gejala mengenai penyakit yang dialami keluarga. Apakah keluarga memiliki perencanaan untuk pemeriksaan kesehatan sekalipun dalam keadaan sehat misalnya pemeriksaan gigi, memenuhi anak untuk mendapatkan imunisasi lengkap. Apakah dalam keluarga menerapkan terapi komplementer (tradisional) ? jenis terapi komplementer apa yang sering digunakan ? apakah keluarga memiliki alasan dalam penerapan terapi komplementer tersebut?. Bagaimana pandangan keluarga mengenai pelayanan

kesehatan yang didapatkan? Apakah ada pelayanan kesehatan jika terjadi kondisi gawat darurat? Bagaimana sumber pembiayaan penyakit dalam keluarga? Apakah keluarga memiliki asuransi atau jaminan kesehatan ? berapa jarak rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan.

Tambahan pengkajian kemampuan keluarga dalam menjalankan fungsi perawatan kesehatan berdasarkan Kemenkes RI, (2004) :

a. Mengenal masalah kesehatan :

- 1) Apakah ada perhatian keluarga kepada anggotanya yang menderita sakit:
☐ Ada ☐ Tidak karena
- 2) Apakah keluarga tahu masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya :
☐ Ya ☐ Tidak
- 3) Apakah keluarga tahu penyebab masalah kesehatan dalam keluarganya:
☐ Ya ☐ Tidak
- 4) Apakah keluarga mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya :
☐ Ya ☐ Tidak

b. Mengambil keputusan :

- 1) Apakah keluarga tahu akibat masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya bila tidak diobati/dirawat :
☐ Ya ☐ Tidak
- 2) Kepada siapa keluarga biasa menggali informasi tentang masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya:
☐ Keluarga ☐ Tetangga ☐ Kader
☐ Tenaga kesehatan, yaitu.....
- 3) Keyakinan keluarga tentang masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya:
☐ Tidak perlu ditangani karena akan sembuh sendiri biasanya

- ☐ Perlu berobat ke fasilitas yankes ☐ Tidak terpikir
- c. *Merawat anggota keluarga yang sakit*
- 1) Apakah keluarga melakukan upaya peningkatan kesehatan yang dialami anggota keluarganya secara aktif :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan
 - 2) Apakah keluarga mengetahui kebutuhan pengobatan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya :
☐ Ya ☐ Tidak, Jelaskan.....
 - 3) Apakah keluarga dapat melakukan cara merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan yang dialaminya:
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan
- d. *Memodifikasi lingkungan*
- 1) Apakah keluarga dapat melakukan pencegahan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya:
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....
 - 2) Apakah keluarga mampu memelihara atau memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan
- e. *Memanfaatkan fasilitas kesehatan*
- 1) Apakah keluarga mampu menggali dan memanfaatkan sumber di masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....

6. Stres, koping dan adaptasi keluarga

- a. Stres, kekuatan dan persepsi keluarga
 Apa saja stres jangka panjang dan jangka pendek yang dialami keluarga ? apakah keluarga mampu menangani kedua stres tersebut ? bagaimana keluarga mendefinisikan stres tersebut? Apakah penuh harapan? Apakah situasi tersebut merupakan situasi yang merusak bagi keluarga
- b. Strategi koping keluarga
 Bagaimana strategi koping keluarga dalam menghadapi stressor tersebut bisa bernilai positif atau negatif?

Bagaimana keluarga menghadapi stressor tersebut? Yang mana yang dipilih keluarga dalam menghadapi stressor sebagai strategi positif yang bersifat internal : mengandalkan keluarga, berbagi perasaan, pemikiran dan aktifitas, melakukan fleksibilitas peran, melakukan normalisasi (pemakluman), melakukan pemecahan masalah bersama, bersikap terbuka dan jujur dalam komunikasi keluarga, menggunakan humor atau tawa. Sementara strategi eksternal meliputi : memelihara komunikasi dengan komunitas, menggunakan dukungan spiritual, mendapatkansistem dukungan sosial.

Strategi koping negatif meliputi menyalahkan orang lain, mengancam, perpecahan keluarga, penggunaan alkohol atau penyalahgunaan obat, kekerasan dalam rumah tangga, menelantarkan anak.

c. Adaptasi keluarga

Apakah masalah keluarga dikelola dengan baik. Apakah keluarga mampu mengelola fungsi keluarga dengan baik, apakah stressor yang dihadapi memberikan dampak pada menjalankan fungsi keluarga?

d. Melacak stres, koping dan adaptasi sepanjang waktu

Bagaimana keluarga mengenali stressor, reaksi keluarga terhadap stressor, apakah keluarga sudah mulai pulih keadaannya, apakah keluarga tetap berada pada adaptasi yang sama atau menunjukkan tanda-tanda penurunan adaptasi.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. 2011. *Pemutakhiran Data Keluarga*. Available at: <http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx>.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R. and Jones, E. G. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori dan praktik*. 5th edn. Edited by E. Tiar. Jakarta: EGC.
- Haris *et al.* 2020. 'Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS) dan Tingkat Kemandirian Keluarga', *Media Karya Kesehatan*, 3(2), pp. 221–238. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/345240167%0AHaris>:
- Juniarti, N. *et al.* 2018. *Nursing Center, Sentra Keperawatan: Model untuk Aplikasi Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Keluarga*. Bandung: Unpad Press.
- Kaakinen, J. R. *et al.* 2010. *Family Health Care Nursing*. 4th edn. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Kemenkes RI. 2004. *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. RI, Subdik Keperawatan Dasar dan Komunitas Kemenkes.
- Murwani, A. 2014. *Keperawatan Keluarga dan Aplikasinya*. I. Jogjakarta: Fitramaya.

BAB 4

DIAGNOSIS DAN PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Sulistiyani

4.1 Pendahuluan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses pelayanan profesional yang dilaksanakan guna meningkatkan derajat kesehatan pasien. Perawat dan konsumen pelayanan kesehatan juga sepakat bahwa pemberian pelayanan asuhan keperawatan menjadi kunci dalam meningkatkan kepuasan pasien. Asuhan keperawatan juga sangat penting untuk dilakukan di semua fase perawatan akut serta dalam pemeliharaan kesejahteraan umum, di bidang-bidang seperti pencegahan penyakit, rehabilitasi, dan maksimalisasi kesehatan, atau, masa pemulihan kesehatan bagi pelayanan penyakit terminal, membantu menghilangkan rasa sakit dan ketidaknyamanan serta mempersiapkan kematian dengan damai. Untuk tujuan ini, profesi keperawatan telah mengidentifikasi proses pemecahan masalah yang "menggabungkan antara unsur seni keperawatan dengan unsur yang paling relevan teori sistem, menggunakan metode ilmiah" (Shore, 1988).

Konsep asli dari proses keperawatan diperkenalkan pada tahun 1950-an melibatkan tiga langkah: penilaian, perencanaan, dan evaluasi, berdasarkan metode ilmiah pengamatan, mengukur, mengumpulkan data, dan menganalisis temuan. Lebih dari waktu, proses ini menjadi bagian dari kerangka konseptual dari semua kurikulum keperawatan dan termasuk dalam definisi hukum keperawatan dalam Tindakan Praktik Perawat di sebagian besar negara bagian. Setelah bertahun-tahun belajar, menggunakan, dan menyempurnakan, proses tiga langkahnya adalah diperluas menjadi lima langkah: (1) Assesment atau penilaian (pengumpulan sistematis data yang berkaitan dengan klien dan masalah serta kebutuhan mereka), (2) diagnosis (analisis dan interpretasi data),

(3) perencanaan (memprioritaskan kebutuhan, mengidentifikasi tujuan, dan memilih solusi), (4) implementasi (mewujudkan rencana), dan (5) evaluasi (menilai efektivitas rencana dan mengubah rencana seperti yang ditunjukkan oleh kebutuhan saat ini). Kelima langkah tersebut merupakan inti dari tindakan keperawatan dan penyampaian perawatan klien individual berkualitas tinggi dalam pengaturan pemberian asuhan keperawatan keluarga (Friedman, Browden and Elaine G Jones, 2010; Rusmini *et al.*, 2016; Kaakinen and Robinson, 2018)

Perumusan diagnosa dan perencanaan keperawatan keluarga merupakan salah satu langkah atau tahapan yang membutuhkan critical thinking dari seorang perawat profesional. Dalam membuat diagnosa dan perencanaan keperawatan keluarga, maka perawat dituntut memiliki kemampuan analisis masalah yang tajam, mampu memahami konsep teori penyakit, memahami respon maupun dampak yang dirasakan oleh pasien, memiliki kemampuan dalam menggunakan evidence based practice sebagai penunjang keberhasilan intervensi keperawatan. Gambaran tahapan penentuan diagnosa dan perencanaan menjadi suatu keputusan klinis yang ilmiah. Tentunya keputusan tersebut juga harus ditunjang dari proses pengumpulan data yang menjadi dasar untuk penarikan keputusan klinis terkait masalah keperawatan keluarga (Kaakinen *et al.*, 2015; Gottlieb, 2018).

4.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis perawat tentang respons klien terhadap kondisi kesehatan aktual atau potensial atau kebutuhan. Diagnosis tidak hanya mencerminkan bahwa pasien kesakitan, tetapi rasa sakit tersebut telah menyebabkan masalah lain seperti kecemasan, gizi buruk, dan konflik dalam keluarga, atau berpotensi menimbulkan komplikasi-misalnya; gangguan pernapasan infeksi merupakan potensi bahaya bagi pasien yang tidak dapat bergerak. Diagnosis adalah dasar dari rencana perawatan perawat (Rn, 2012; Maiti and Bidinger, 2014).

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga merupakan suatu tahapan yang menjadi keputusan klinis terhadap kondisi individu, keluarga, dan masyarakat yang didasarkan dari proses

pengumpulan data serta analisa data. Dalam proses merumuskan diagnosa keperawatan keluarga, perawat memiliki tanggung jawab untuk melakukan analisis data dengan cermat, tersistematis, dan memberikan justifikasi perumusan rencana-rencana aktifitas keperawatan yang akan dilakukan guna mengatasi respon keluarga terhadap perubahan kesehatan (Friedman, Bowden and Jones, 2013; Rusmini *et al.*, 2016; Yahya, 2021)

Proses analisis diagnosa keperawatan keluarga dapat dirumuskan dari hasil pengkajian keperawatan keluarga meliputi data masalah tahap perkembangan keluarga, interaksi antar anggota keluarga, struktur dalam keluarga, fungsi keluarga, lingkungan tempat tinggal keluarga, proses keluarga, interaksi antara anggota keluarga, stressor dan coping keluarga baik yang bersifat aktual maupun risiko, serta kondisi sejahtera. Ketiga sifat diagnosa keperawatan keluarga tersebut tentunya menjadi wewenang dan tanggung jawab perawat untuk memenuhi kebutuhan guna meningkatkan derajat kesehatan keluarga. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka perawat dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dapat menerapkan prinsip pemberdayaan keluarga, dimana suatu intervensi keperawatan dapat dilaksanakan bersama-sama dengan keluarga berdasarkan kemampuan dan sumber daya yang dimiliki oleh perawat (Kaakinen *et al.*, 2015; Silbert-Flagg, 2022)

Menyadari kebutuhan di atas, di beberapa negara bagian anggota Uni Eropa, perawat mengembangkan pendidikan dasar terminologi keperawatan, sedangkan dalam kasus lain menerjemahkan dan mengadaptasi terminologi asing yang dikembangkan oleh perawat, khususnya, dari Amerika Utara. Upaya tersebut meliputi International Classification of Functioning (ICF), Klasifikasi Internasional Fungsi Praktik Keperawatan (ICNP), dan Klasifikasi Diagnosis Keperawatan Internasional (NANDA-I). Klasifikasi Diagnosis Keperawatan Internasional (NANDA-Internasional = NANDA-I) adalah dianggap sebagai yang terbaru, inovatif, dan terapan secara global (Patiraki *et al.*, 2017) .

Menafsirkan dan menganalisis data:

1. Bandingkan data dengan standar
2. Data klaster atau grup (hasilkan tentative hipotesis)

3. Identifikasi kesenjangan dan ketidakkonsistenan
4. Menentukan kekuatan, risiko, dan masalah klien
5. Merumuskan diagnosis keperawatan dan kolaboratif
6. pernyataan masalah

Diagnosis Keperawatan Aktual (3 bagian)

1. PEST = Masalah yang berkaitan dengan Etiologi (penyebab) sebagai dibuktikan / termanifestasi dengan Tanda dan Gejala (mendefinisikan karakteristik).
2. Diagnosis/Risiko Keperawatan Potensial (2 bagian) PE = Potensi masalah yang berkaitan dengan Etiologi (penyebab). Tidak ada tanda dan gejala, karena masalah belum terjadi.

Berikut beberapa gambaran diagnosa keperawatan keluarga yang didasarkan pada kasus yang dikelola.

Tabel 4.1. Daftar diagnosa Keperawatan Keluarga

Sasaran	Domain	Kelas	Kode	Rumusan diagnosa keperawatan
Keluarga	Domain 1; Promosi kesehatan	Kelas 2 manajemen kesehatan	00080	Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga
			00099	Ketidaefektifan pemeliharaan kesehatan
			00188	Perilaku kesehatan cenderung berisiko .
	Domain 2 Nutrisi	Kelas 1: Ingesti	00106	Kesiapan untuk meningkatkan ASI
	Domain 4:	Kelas 5	00098	Gangguan

Sasaran	Domain	Kelas	Kode	Rumusan diagnosa keperawatan
	aktifitsnya	Perawatan diri		pemeliharaan rumah
	Domain 5 Persepsi/ Kognisi	Kelas 4 Kognisi	00222	Ketidakefektifan kontrol implus
		Kelas 5 Komunikasi	00157	Kesiapan meningkatkan komunikasi
	Domain 7 Hubungan Peran	Kelas 1: Peran caregiver	00061	Ketegangan peran pemberi asuhan
			00062	Risiko ketegangan peran pemberi asuhan
			00056	Tidakmampuan menjadi orang tua
			00164	Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua
			00057	Risiko ketidakmampuan menjadi orang tua
		Kelas 2: Hubungan peran	00058	Risiko gangguan perlekatan
			00063	Disfungsi proses keluarga
			00060	Gangguan proses keluarga

Sasaran	Domain	Kelas	Kode	Rumusan diagnosa keperawatan
		Kelas 3:Performa peran	00159	Kesiapan meningkatkan proses keluarga
			00223	Ketidakefektifan hubungan
			00063	Disfungsi proses keluarga
			00064	Gangguan proses keluarga
			00159	Kesiapan meningkatkan proses
	Domain 9 Koping/ toleransi stres	Kelas 2: respon koping	00074	Penurunan koping keluarga
			00207	ketdakmampuan koping keluarga
			00073	Kesiapan meningkatkan koping keluarga
	Emosi		10023370	Stres pada pemberi asuhan

4.3 Perencanaan Keperawatan Keluarga

Berdasarkan penilaian dan diagnosis, perawat menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang terukur dan dapat dicapai untuk ini termasuk pasien yang mungkin termasuk berpindah dari tempat tidur ke kursi setidaknya tiga kali sehari; menjaga nutrisi yang cukup dengan makan makan lebih sedikit dan lebih sering; menyelesaikan konflik melalui konseling, atau mengelola rasa sakit melalui pengobatan yang memadai. Data penilaian, diagnosis, dan tujuan ditulis dalam rencana perawatan pasien sehingga perawat serta tenaga kesehatan lainnya profesional yang merawat pasien memiliki akses ke sana.

Perencanaan keperawatan merupakan proses perancangan strategi atau rumusan intervensi keperawatan yang dibutuhkan guna mengatasi masalah kesehatan keluarga. Perencanaan keperawatan keluarga berfokus pada tujuan untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah kesehatan yang telah diidentifikasi dan validasi pada tahap perumusan diagnosa keperawatan. Dalam melaksanakan proses perencanaan yang sesuai dengan harapan dan berfokus pada mengatasi masalah klien, maka penekanan pada fokus layanan keperawatan adalah peningkatan partisipasi klien, keluarga dan masyarakat. Bentuk lain dari proses penyusunan hingga implementasi dengan strategi pasien center care dimana perawat dan tim medis lainnya bersama-sama menyusun tujuan dan fokus mengatasi masalah yang dirasakan oleh pasien. Proses perencanaan juga dapat dilakukan dengan prinsip pemberdayaan keluarga.

DATA	KODE	DIAGNOSA	SLI		SKI	
			KODE	HASIL	KODE	INTERVENSI
enggan untuk diberitahu untuk melakukan diet rendah gula dan rendah karbohidrat - mengalami penurunan berat badan dari 72 Kg dan sekarang 64 Kg - Hasil dari pengkajian masalah kesehatan kronis yang di Dapat adalah skore 26 yang menunjukkan Tn. JS memiliki Masalah kesehatan kronis sedang DO: Lansia Tampak: - Keadaan Umum : sakit sedang - Kesadaran:						makanan yang diperbolehkan dan 3. dilarang

DATA	KODE	DIAGNOSA	SLI		SKI	
			KODE	HASIL	KODE	INTERVENSI
composmentis - TTV: TD : 160/100 mmHg, N: 80x/m, R: 22x/m, S:36,20C Hasil pemeriksaan GDS dan Asam urat dengan hasil GDS yang tidak dapat terbaca padahal sudah mencoba 3 kali, dan hasil asam urat 7,7 mg/dl. - Keesokan harinya Tn. J.S melakukan pemeriksaan GDS di Puskesmas Koya Barat dengan hasil GDS 590 mg/dl. - Pada hari senin, 03 April 2023 dilakukan pemeriksaan						

DATA	KODE	DIAGNOSA	SLI		SKI	
			KODE	HASIL	KODE	INTERVENSI
GDS dan Asam Urat dengan hasil GDS 517 mg/dl dan Asam Urat 7,1 mg/dl - Hasil IMT 28,07 menurut klasifikasi IMT (WHO) termasuk dalam klasifikasi Obesitas 1 - Obat-obatan yang dikonsumsi Metformin HCL 3x1, Dexametasone 3x1, Zinc Sulfate 1x1						
DS : Lansia Mengatakan : - Mengikuti posyandu lansia setiap sebulan sekali - sudah divaksin covid sebanyak 3 kali - Selalu memeriksakan	D.0112	Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan	L.12104	Manajemen Kesehatan	I.12383	Edukasi Kesehatan Edukasi: 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. kesehatan 3. Ajarkan perilaku hidup bersih

DATA	KODE	DIAGNOSA	SLI		SKI	
			KODE	HASIL	KODE	INTERVENSI
kesehatannya - Hasil analisis pengkajian Karzt Indeks didapatkan hasil pada kategori nilai A - Pengkajian MFS dengan hasil skor 40 berarti tindakan yang dilakukan adalah Pelaksanaan Intervensi Pencegahan Jatuh Standar - Hasil analisis pengkajian Status Mental SPMSQ didapatkan jumlah 10, berarti Interpretasi Fungsi Intelektual Utuh - Hasil analisis Mini						dan sehat 4. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk 5. meingkatkan prilaku hidup bersih dan sehat Promosi Perilaku Upaya Kesehatan Terapeutik : 1. Berikan lingkungan yang mendukung kesehatan 2. Edukasi : 3. Anjurkan menggunakan air bersih 4. Anjurkan mencuci tangan dengan air dan sabun

DATA	KODE	DIAGNOSA	SLI		SKI	
			KODE	HASIL	KODE	INTERVENSI
Mental Status Exam (MMSE) didapatkan interpretasi hasil dengan nilai 30, maka tidak memiliki kerusakan kognitif - Hasil pengkajian dari status depresi didapatkan hasil 9 dengan interpretasi memiliki status depresi normal - Hasil pengkajian Geriatric Anxiety Scale (GAS) didapatkan hasil 14 dengan interpretasi hasil memiliki ansietas Minimal - Hasil pengkajian APGAR Keluarga					I.12472	5. Anjurkan makan sayur dan buah setiap hari 6. 4. Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari

DATA	KODE	DIAGNOSA	SLI		SKI	
			KODE	HASIL	KODE	INTERVENSI
didapatkan hasil 9 dengan interpretasi mengalami disfungsi keluarga ringan DO: Lansia Tampak: - Keadaan Umum : sakit sedang - Kesadaran: composmentis - TTV: TD : 160/100 mmHg, N: 80x/m, R: 22x/m, S:36,20C - Rutin memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan setempat						

DAFTAR PUSTAKA

- Friedman, M.M., Bowden, V.M. and Jones, E.G. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori & Praktik*. 5th edn. Jakarta: EGC: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Friedman, M.M., Browden, V.R. and Elaine G Jones. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik*. 5th edn. Edited by Estu Tiar. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Gottlieb, L.N. 2018. *Strengths-Based Nursing Care*.
- Kaakinen, J.R. et al. 2015. *Family health care nursing, Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. Available at: <http://www.sbm.ac.ir/uploads/FamilyHealthCare2010,Book.pdf>.
- Kaakinen, J.R. and Robinson, M. 2018. *Family Health Care Nursing Sixth Edition, F.A. Davis Company*.
- Maiti and Bidinger. 2014. 'Nursing-Care-Plans-Guidelines-Individualizing-e9', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Patiraki, E. et al. 2017. 'Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece', *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), pp. 88–93. doi:10.1111/2047-3095.12120.
- Rn, A. 2012. 'Planning / Goal / Outcome Component and Description Purpose Activities Assessment', pp. 11–13.
- Rusmini, N.M. et al. 2016. *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat Pertama*. Jakarta: IPKKI 2017.
- Silbert-Flagg, J. 2022. *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family, Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. doi:10.36557/2674-8169.2022v4n2p01-03.
- Yahya, S. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*.

BAB 5

EVALUASI DAN REVISI PERAWATAN KELUARGA

Oleh Ani Nuraeni

5.1 Pendahuluan

Evaluasi keperawatan keluarga merupakan tahapan terakhir dalam proses keperawatan keluarga. Walaupun merupakan tahap terakhir namun evaluasi ini merupakan proses berkelanjutan yang terjadi setiap perawat melakukan tindakan keperawatan. Ketika perawat melakukan intervensi atau tindakan keperawatan maka perawat akan mengevaluasi hasil tindakan tersebut dengan mengumpulkan data subjektif dan objektif dari klien dan keluarga.

Agar menghasilkan evaluasi hasil yang efektif maka seorang perawat harus memiliki pikiran yang terbuka, keterampilan observasi yang tajam, kemampuan untuk menunjukkan perspektif yang netral dan menghindari penilaian kemajuan atau respons klien tanpa mengumpulkan data terkait masalah perawatan kesehatan (Potter *et al.*, 2020).

Melalui evaluasi, perawat menunjukkan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap tindakan mereka, menunjukkan perhatian pada hasil tindakan keperawatan, dan menunjukkan keinginan untuk tidak melanjutkan tindakan yang tidak efektif, tetapi mengadopsi tindakan yang lebih efektif (Kozier *et al.*, 2011).

5.2 Pengertian Evaluasi

Evaluasi adalah langkah dalam proses keperawatan yang menunjukkan sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya. Terlepas dari kenyataan bahwa setiap tahap proses keperawatan mencakup tahap evaluasi (Kholifah & Widagdo, 2016).

Evaluasi adalah pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan dan implementasi dengan cara menganalisis

respons klien, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan, dan perencanaan untuk asuhan keperawatan selanjutnya (Rosdahl & Kowalski, 2015).

Evaluasi merupakan proses terus menerus yang terjadi setiap saat perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan. Sebelum rencana keperawatan dikembangkan atau dimodifikasi, tindakan keperawatan tertentu perlu ditinjau oleh perawat dan keluarga untuk memutuskan apakah tindakan tersebut benar-benar membantu (Friedman, Bowden & Jones, 2010).

Dalam tahap evaluasi ini, data yang telah dihimpun perlu dicek kembali dan direvisi untuk menentukan apakah informasi yang telah dikumpulkan sudah mencukupi dan apakah perilaku yang diobservasi sudah sesuai. Diagnosis keperawatan juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Hal ini bertujuan untuk menentukan apakah tujuan tersebut dapat dicapai secara efektif. Efektivitas intervensi ataupun tindakan yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan yang lainnya menjadi dasar evaluasi. Keefektifan ini ditentukan dengan melihat respons keluarga dan hasil, bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan.

5.3 Tujuan Evaluasi Keperawatan

Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan responsnya terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Hal ini memudahkan perawat dalam mengambil keputusan untuk mengakhiri, memodifikasi, atau melanjutkan rencana tindakan keperawatan. Selain untuk melihat pencapaian tujuan, evaluasi juga dapat menentukan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier *et al.*, 2011).

5.4 Jenis Evaluasi

Jenis evaluasi keperawatan yang digunakan untuk menentukan kemampuan klien dan keluarga dalam memenuhi tujuan menurut Maglaya (2009) terdiri dari:

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi ini dikenal dengan evaluasi proses, dibuat setelah pelaksanaan tindakan perawatan keluarga dengan menggunakan metode SOAP yaitu.

S (Subjektif): Pernyataan subjektif yang diucapkan oleh keluarga setelah diberikan tindakan keperawatan.

O (Objektif): Hal-hal yang diamati oleh perawat secara objektif setelah diberikan tindakan keperawatan.

A (Analisa): analisa dari hasil yang telah dicapai setelah diberikan tindakan keperawatan.

P (*Planning*): perencanaan tindakan selanjutnya setelah melihat respon dari keluarga pada tahapan evaluasi.

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi ini dikenal dengan evaluasi hasil untuk menilai perubahan perilaku klien dan keluarga atau status kesehatan klien pada akhir tindakan keperawatan klien. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna.

Aspek yang diukur dalam evaluasi keperawatan keluarga terdiri dari:

1. Kognitif (pengetahuan)

Evaluasi ini mengukur pemahaman atau pengetahuan klien dan keluarga setelah diberikan tindakan keperawatan. Evaluasi ini dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan lisan atau memberikan soal tertulis berupa pre dan pot test. Misalnya, klien dan keluarga telah diberikan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan hipertensi. Di akhir penyuluhan perawat melakukan evaluasi dengan memberikan pertanyaan kepada klien dan keluarga tentang bagaimana cara pencegahan hipertensi.

2. Afektif (status emosional)

Evaluasi ini merupakan penilaian subjektif yang sangat sulit diukur. Metode yang dapat dilakukan adalah melakukan observasi respon verbal dan nonverbal dari klien dan

keluarga, serta mendapatkan masukan dari anggota keluarga lain.

3. Psikomotor (tindakan yang dilakukan)

Evaluasi ini mengukur kemampuan klien dan keluarga dalam melakukan suatu tindakan atau terjadinya perubahan perilaku pada klien dan keluarga setelah diajarkan tindakan keterampilan dalam mengatasi masalah kesehatan. Misalnya perawat telah mengajarkan senam kaki DM, lalu perawat melakukan evaluasi psikomotor dengan meminta klien dan keluarga memperagakan kembali senam kaki DM sesuai contoh yang telah diajarkan perawat.

4. Perubahan fungsi tubuh dan gejala

Evaluasi ini dilakukan untuk mengukur perubahan fungsi tubuh dan gejala setelah diberikan tindakan keperawatan. Misalnya, seorang perawat telah melatih ROM pada klien pasca stroke di rumah, selanjutnya perawat dapat mengevaluasi apakah terdapat peningkatan kekuatan otot setelah dilatih ROM.

5.5 Metode dan Sumber Data Evaluasi

Menurut Husnaniyah, Riyanto dan Kamsari (2022), metode dan sumber data evaluasi keperawatan keluarga meliputi:

1. Observasi

Metode ini dilakukan dengan cara perawat mengamati perubahan perilaku dari anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan atau perubahan lingkungan yang dimodifikasi menjadi lebih sehat. Sebagai contoh seorang perawat melakukan kunjungan rumah pada saat jam makan siang balita untuk mengamati apakah menu makan yang diberikan pada balita sudah sesuai diet gizi seimbang yang telah diajarkan. Contoh lain adalah perawat dapat mengamati apakah keluarga telah melakukan modifikasi lingkungan yang sehat untuk balita dengan ISPA seperti membuka jendela, ruangan bersih bebas debu, dan lain-lain.

2. Dokumentasi/Pelaporan dan Pencatatan

Perawat perlu memeriksa kembali laporan atau catatan keperawatan yang telah ditulis oleh tim keperawatan setelah

melakukan tindakan keperawatan. Perawat juga dapat memeriksa dari berbagai dokumentasi atau catatan lain yang terkait dengan masalah kesehatan klien seperti pencatatan pelaporan di Kartu Menuju Sehat (KMS) Posyandu, KMS Posbindu PTM (penyakit tidak menular), Buku Kesehatan Ibu dan Anak, Buku Kesehatan Lansia, dll.

3. Wawancara atau kuesioner

Metode ini dilakukan dengan cara membuat daftar pernyataan atau kuesioner yang ditujukan kepada keluarga untuk mengetahui kemajuan kondisi kesehatannya.

4. Latihan, simulasi dan redemonstrasi

Evaluasi ini dilakukan dengan cara perawat mengevaluasi kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan atau keterampilan untuk merawat anggota keluarga yang sakit. Misalnya keluarga diminta untuk memperagakan kembali etika batuk yang telah diajarkan pada anggota keluarga yang mengalami TB Paru.

5.6 Proses Evaluasi

Proses evaluasi menurut Kozier *et al.*, (2011), memiliki 5 komponen yaitu:

1. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan

Pada tahap ini perawat mengumpulkan data subjektif dan objektif mengacu pada tujuan atau hasil yang diharapkan setelah dilakukan implementasi. Hasil yang diharapkan ini harus terdokumentasi dalam intervensi keperawatan secara jelas, tepat dan dapat diukur agar evaluasi menjadi lebih efektif. Perawat mencatat data yang dikumpulkan dengan singkat dan akurat untuk memfasilitasi bagian selanjutnya dalam proses evaluasi.

2. Membandingkan data dengan hasil

Jika pengumpulan data telah dilaksanakan secara efektif, maka relatif mudah untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah tercapai. Perawat dan klien atau keluarga berperan aktif dalam membandingkan respons

aktual dengan hasil yang diharapkan. Ketika menentukan apakah tujuan telah tercapai, perawat dapat menarik salah satu dari tiga kemungkinan kesimpulan berikut:

- a. Tujuan tercapai, apabila respons klien dan keluarga sama dengan hasil yang diharapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan jangka pendek tercapai, tetapi tujuan jangka panjang tidak tercapai atau hasil yang diharapkan hanya sebagian tercapai.
- c. Tujuan tidak tercapai, apabila respons klien dan keluarga tidak sesuai atau belum mencapai hasil yang diharapkan.

3. Menghubungkan tindakan keperawatan dengan hasil

Aspek ketiga proses evaluasi menentukan apakah tindakan keperawatan memiliki hubungan dengan hasil yang dicapai. Jangan mengasumsikan jika tindakan keperawatan sebagai penyebab atau satu-satunya faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencapaian tujuan keperawatan. Oleh karena itu perlu menetapkan apakah terdapat hubungan antara tindakan keperawatan yang dilakukan dengan respons klien.

4. Menarik kesimpulan tentang status masalah

Perawat menggunakan penilaian tentang pencapaian tujuan untuk menentukan apakah rencana asuhan keperawatan dalam menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah masalah klien. Ketika tujuan tercapai, perawat dapat menarik salah satu kesimpulan berikut tentang status masalah klien:

- a. Masalah aktual yang dinyatakan dalam diagnosis keperawatan telah diselesaikan; atau masalah potensial dicegah dan faktor risiko tidak ada lagi. Dalam hal ini perawat mendokumentasikan bahwa tujuan telah tercapai dan menghentikan asuhan untuk masalah tersebut.
- b. Masalah potensial yang dinyatakan dalam diagnosis keperawatan dapat dicegah tetapi faktor risiko masih ada. Pada kasus ini, perawat mempertahankan masalah pada rencana asuhan.

- c. Masalah aktual tetap ada walaupun beberapa tujuan telah tercapai, maka perawat mendokumentasikannya adalah intervensi keperawatan tetap dilanjutkan.
 - d. Ketika tujuan tercapai sebagian atau tujuan tidak tercapai maka dapat disimpulkan rencana asuhan mungkin perlu direvisi karena masalah hanya teratasi sebagian. Revisi ini mungkin perlu dilakukan selama tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan dan implementasi keperawatan. Atau kesimpulan lain yaitu rencana asuhan keperawatan tidak perlu direvisi, karena mungkin memerlukan banyak waktu untuk mencapai tujuan yang ditetapkan sebelumnya. Untuk membuat keputusan ini, perawat perlu mengkaji mengapa tujuan hanya tercapai sebagian termasuk apakah evaluasi dilakukan terlalu cepat.
5. Melanjutkan, memodifikasi, atau mengakhiri rencana asuhan keperawatan

Setelah menarik kesimpulan tentang status masalah klien atau keluarga, perawat perlu membuat keputusan apakah melanjutkan, memodifikasi atau mengakhiri rencana asuhan keperawatan. Modifikasi rencana asuhan keperawatan dapat dibuat apabila tujuan tidak tercapai atau tercapai sebagian. Namun sebelum melakukan modifikasi, perawat perlu mengidentifikasi hal-hal yang menyebabkan tujuan tidak tercapai. Sebagai contoh seorang perawat keluarga telah melatih relaksasi otot progresif dan meminta untuk memperagakan latihan tersebut 1 kali sehari, namun setelah 3 hari belum menunjukkan adanya penurunan tekanan darah. Perawat dan keluarga mengevaluasi kembali rencana tindakan keperawatan tersebut dan memodifikasi dengan meningkatkan latihan menjadi 2 kali dalam sehari.

5.7 Contoh Dokumentasi Evaluasi

No	Hari/ Tanggal/ Jam	Pelaksanaan	Evaluasi	Nama & Paraf
3	Rabu 20 Sept 2023 10.00 – 10.45	TUK: 3 Melatih Relaksasi Otot Progresif 1. Menjelaskan pengertian dan tujuan relaksasi otot progresif. 2. Menjelaskan langkah-langkah relaksasi otot progresif. 3. Mendemonstrasikan relaksasi otot progresif. 4. Meminta keluarga memperagakan relaksasi otot progresif yang sudah diajarkan. 5. Menganjurkan keluarga untuk melakukan relaksasi otot progresif sesuai yang diajarkan	Subyektif : ▪ Keluarga mengatakan relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi kombinasi latihan nafas dalam dan kontraksi serta relaksasi otot ▪ Keluarga mengatakan latihan relaksasi untuk menurunkan tekanan darah., ▪ Keluarga mengatakan akan melakukan latihan tersebut setiap hari. Obyektif : ▪ Keluarga mampu menyebutkan pengertian dan tujuan relaksasi otot	§ Ani

No	Hari/ Tanggal/ Jam	Pelaksanaan	Evaluasi	Nama & Paraf
			progresif. ▪ keluarga memperhatikan saat diskusi berlangsung ▪ Keluarga dapat memperagakan kembali relaksasi otot progresif ▪ TD sebelum latihan 160/90 mmHg ▪ TD setelah latihan 150/90 mmHg Analisa : Tujuan Tercapai Perencanaan : ▪ Lakukan latihan relaksasi otot progresif 1 kali sehari. ▪ Lanjutkan ke TUK 4 yaitu memodifikasi lingkungan yang sehat untuk klien hipertensi	

DAFTAR PUSTAKA

- Friedman, M. M., Bowden, V. R. and Jones, E. G. 2010. *Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Husnaniyah, D., Riyanto and Kamsari. 2022. *Buju Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Deepublish.
- Kholifah, S. N. and Widagdo, W. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kozier, B. *et al.* 2011. *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Maglaya, A. S. 2009. *Nursing Practice in the Community*. Marikina City: Argonauta Corporation.
- Potter, P. A. *et al.* 2020. *Dasar-Dasar Keperawatan*. Singapore: Elsevier.
- Rosdahl, carloline B. and Kowalski, M. T. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta. Available at: EGC.

BAB 6

KESEHATAN PROMOTIF DAN PENCEGAHAN PENYAKIT KELUARGA

Oleh Lukman Harun

6.1 Pendahuluan

Kesehatan adalah keadaan seseorang yang sehat, baik secara intelektual maupun sosial, dan bukan sekedar terbebas dari infeksi untuk memberdayakan mereka untuk melanjutkan kehidupan yang bermanfaat. Upaya kesejahteraan adalah bentuk-bentuk latihan atau serangkaian latihan yang dilakukan dengan cara yang terkoordinasi dan terkendali untuk menjaga dan bekerja secara adil dan seimbang dengan kesejahteraan umum, baik sebagai promotif, preventif, remedial, rehabilitatif, dan juga paliatif oleh pemerintah pusat, daerah, pemerintah atau mungkin daerah setempat (UU Kesejahteraan, 2023)

Health Promotion is the of enabling people to control and improve their (WHO). Kemajuan kesehatan merupakan perpaduan berbagai dukungan dalam hal pendidikan, asosiasi, strategi dan peraturan serta pedoman untuk perubahan iklim dan perilaku yang bermanfaat bagi kesehatan. Peningkatan Kesejahteraan adalah metode yang melibatkan jaringan penyambutan dan keluarga agar dapat menjaga dan mengupayakan kesejahteraan mereka. Sistem penguatan tersebut diwujudkan melalui pembelajaran, khususnya dengan meningkatkan kesadaran, semangat, dan kapasitas di bidang kesejahteraan. Penguatan sistem dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat, keluarga dan jaringan. Sistem penguatan tersebut dilakukan sesuai dengan budaya ramah lingkungan, signifikansinya sesuai dengan kondisi lingkungan, permasalahan dan harapan yang ada pada iklim keluarga dan lingkungan setempat. (Agustini.2014)

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia. Besarnya penyebab kematian NCD pada individu berusia <70 tahun; Infeksi kardiovaskular (39%),

kemudian kanker (27%), sedangkan penyakit pernafasan persisten, penyakit lambung dan PTM lainnya menyebabkan sekitar (30%) dan diabetes (4%). Gastritis adalah salah satu masalah sistem pencernaan yang paling umum, dan kita sering mengalaminya di fasilitas dan kesehatan dengan alasan bahwa penentuannya sering kali didasarkan pada efek samping klinis, dibandingkan dengan penilaian histopatologis. Gastritis sering kali diremehkan tetapi merupakan awal dari infeksi yang mengganggu kepuasan pribadi seseorang (Tussakinah dan Burhan, 2017).

Pendidikan kesehatan adalah upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari orang, kelompok, keluarga dan jaringan, untuk melaksanakan cara berperilaku hidup yang sehat. Pengalaman pengembangan pelatihan kesejahteraan memiliki tujuan serupa, khususnya melakukan perubahan yang berdampak pada banyak elemen, termasuk target instruktif, penghibur instruktif, siklus instruktif dan perubahan sosial yang diantisipasi. Ada anggapan bahwa tugas pendidikan kesejahteraan adalah sebagai perantara kesejahteraan yang dapat mengubah cara berperilaku masyarakat dan keluarga untuk membersihkan dengan pembersih sehingga dapat lebih meningkatkan status kesejahteraan anak (Setiadi, 2008).

Pelatihan kesehatan adalah jenis kegiatan keperawatan gratis untuk membantu klien, baik orang, kelompok dan jaringan, mengatasi kondisi medis mereka melalui latihan pembelajaran di mana petugas medis bertindak sebagai guru yang hadir. Pendidikan kesejahteraan merupakan suatu upaya untuk meyakinkan atau memperoleh manfaat dari masyarakat setempat agar individu melakukan suatu tindakan untuk mengimbangi dan lebih mengembangkan tingkat kesejahaterannya. Sehingga cenderung ada anggapan bahwa wellbeing schooling merupakan salah satu bentuk gerakan dengan menyampaikan materi tentang wellbeing yang artinya mengubah sasaran perilaku. (Notoatmodjo, 2003).

Salah satu elemen penting adalah bantuan kesejahteraan pekerja. Dukungan kesejahteraan buruh merupakan perilaku yang terbentuk karena adanya faktor-faktor pendorong yang muncul dalam perilaku kesejahteraan buruh atau tenaga kerja lainnya, yang menjadi acuan perilaku masyarakat setempat. Inti dari dukungan

kesejahteraan pekerja diingat untuk mengurangi atau meredam dampak serta secara langsung meningkatkan kesejahteraan emosional individu atau keluarga. Dukungan juga dapat berfungsi sebagai suatu sistem untuk mengubah cara berperilaku individu dari belum bertindak menuju kesejahteraan menjadi bertindak sesuai dengan kesejahteraan (Friedman, 2014)

6.2 Kesehatan Promotif

Kemajuan kesehatan adalah ilmu dan keahlian untuk membantu individu menjadikan gaya hidup mereka kokoh secara maksimal. Kesejahteraan ideal dan ekstrim dicirikan sebagai kemampuan dan penyesuaian diri untuk menjadi sehat secara intelektual, sosial, dan mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa pengaruh yang mengganggu, yaitu kesejahteraan yang spesifik. Namun hal ini harus ditopang oleh faktor ekologi dan penginapan yang baik, perilaku kesehatan yang baik dan peningkatan kesadaran di bidang kesehatan.

Tujuan dari promosi Kesehatan adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap Masyarakat, keluarga terhadap Kesehatan, kedua meningkatkan perilaku Masyarakat, keluarga terhadap Kesehatan serta meningkatkan status Kesehatan Masyarakat dan keluarga. Sebagai contoh mengubah orang untuk sesuai dengan lingkungan, dan sedikit berbuat untuk lingkungan sebagai tempat yang lebih sehat untuk ditinggali dengan membuang sampah pada tempatnya, membrikan Cahaya dan sirkulasi udara.

6.2.1 Prinsip Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan mempunyai prinsip yang digunakan sebagai dasar dari pelaksanaan program promosi Kesehatan

1. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*) adalah upaya melibatkan daerah setempat untuk menjaga, meningkatkan, dan menjaga kesejahteraan mereka. Kemajuan Kesejahteraan menggabungkan Pelatihan Kesejahteraan, sekolah Kesejahteraan.
2. Promosi Kesehatan adalah upaya untuk mengubah dan mengembangkan lebih lanjut perilaku di bidang kesejahteraan disertai dengan upaya untuk memberikan

dampak terhadap iklim atau hal-hal lain yang sangat berdampak pada peningkatan perilaku dan sifat kesejahteraan.

3. Promosi Kesehatan Upaya yang bersifat Promotif (peningkatan) Upaya khusus (perbaikan) yang merupakan perpaduan upaya preventif (penanggulangan), korektif (pengobatan) dan rehabilitatif (penyembuhan) dalam rangkaian Upaya Kesejahteraan yang menyeluruh.
4. Promosi Kesehatan terus menggarisbawahi pentingnya metodologi pendidikan yang selanjutnya disebut Pembangunan Penguatan Daerah, yang juga harus dibarengi dengan upaya dukungan dan pembangunan udara (*social support*).
5. Promosi Kesehatan berpatokan pada Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada tatanan sekolah, tempat kerja, tempat umum, sarana Kesehatan baik pada tatanan keluarga dan Masyarakat.
6. Promosi Kesehatan juga menekankan tugas organisasi dalam hal korespondensi, transparansi, dan keuntungan bersama. Asosiasi ini dibuat antara otoritas publik dan wilayah setempat, termasuk wilayah rahasia dan asosiasi non-administratif. Selain itu lintas program dan lintas wilayah.

6.2.2 Prinsip Promosi Kesehatan di Keluarga

Dalam lingkup promosi Kesehatan pada tatanan keluarga penerapan yang perlu diperhatikan adalah

1. Keluarga adalah perpanjangan tangan terkecil dalam masyarakat setempat, sehingga peningkatan kesejahteraan harus lebih jelas. Pelatihan kesejahteraan yang diberikan diharapkan akan lebih menarik karena berpusat pada satu keluarga dan kondisi kesehatan yang akan menjadi tujuan peningkatan kesejahteraan dalam keluarga.
2. Keluarga terdiri dari beberapa kelompok yang saling terhubung satu sama lain, yaitu ayah, ibu, anak, sehingga apabila peningkatan kesejahteraan dapat dilakukan dengan baik maka akan sangat berdampak pada perubahan tingkah

- laku pada setiap individu dalam keluarga tersebut. Jadi perilaku ini akan tersampaikan pada iklim eksternal.
3. Setiap keluarga tentunya mempunyai ciri-ciri dan aturan masing-masing dalam kondisinya saat ini, yang mana setiap anggota keluarga sudah lama menganutnya, biasanya sebagai kecenderungan, dalam hal ini penyedia peningkatan kesejahteraan harus mampu menyesuaikan diri dengan standar tersebut agar keluarga dapat lebih terbuka dalam menoleransi segala jenis kemajuan. yang dipimpin.

6.2.3 Promosi Kesehatan bagi pasien dan Keluarga

Promosi Kesehatan mempunyai tujuan untuk mengembangkan pengetahuan dan pemahaman yang perlu diberikan untuk pasien dan keluarga baik itu lingkup tentang Janis penyakit, tanda gejala, penyebab, penularan dan pengobatan serta perawatan pasca pengobatan yang juga penting diberikan kepada pasien dan keluarga untuk mempertahankan derajat Kesehatan.

Memiliki informasi dan mentalitas untuk pasien dan keluarga sangat berharga untuk mempercepat sistem penyembuhan. Untuk sementara, pasien yang membutuhkan informasi tentang penyakit yang mereka alami kadang-kadang mencari pengobatan elektif yang memperburuk keadaan karena ketidaksadaran atau kurangnya pemahaman. Oleh karena itu, peningkatan kesejahteraan dengan memberikan informasi yang benar tentang penyakit, terutama cara pengobatannya, membuat pasien mencari pengobatan yang tepat.

Promosi Kesehatan juga harus diberikan kepada keluarga pasien dengan memberikan informasi dan pengertian, sehingga keluarga pasien juga akan memberikan dukungan keluarga kepada pasien baik secara tulus maupun batin. Dukungan keluarga merupakan sikap, keaktifan dan keyakinan keluarga terhadap pasien. Dukungan dari keluarga sangat penting untuk memberi energi dan memberikan inspirasi kepada pasien untuk memulihkan diri. Ketenangan keluarga setiap hari diyakini dapat membantu mengurangi rasa gugup yang disebabkan oleh beberapa ketidaknyamanan penyakit. Oleh karena itu, penting untuk meningkatkan bantuan sosial keluarga yang positif, baik berupa

dukungan instrumental, dekat dengan rumah, pendidikan atau penghargaan.

Dukungan keluarga merupakan mentalitas, aktivitas dan pengakuan keluarga terhadap kerabatnya, sebagai pertolongan yang mencerahkan, dukungan penilaian, bantuan instrumental dan penenangan sehari-hari. Dukungan keluarga merupakan proses yang mengakar, dukungan diberikan pada setiap pola perbaikan kehidupan. Dengan bantuan yang diberikan oleh keluarga, kerabat dapat bekerja dengan berbagai pengetahuan dan fakultas, selanjutnya berupaya untuk kesejahteraan dan transformasi keluarga (Friedman, 2010)

Pada Dukungan keluarga ada 4 jenis dukungan keluarga:

1. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang terlindungi dan tenteram untuk beristirahat dan memulihkan diri serta membantu menenangkan perasaan. Jenis bantuan ini menyebabkan orang merasa baik dan yakin, diakui oleh kerabat sebagai artikulasi kasih sayang, perhatian, perhatian, cinta, kepercayaan, keamanan dan secara konsisten mendampingi pasien selama perawatan. Bantuan ini sangat penting dalam mengelola keadaan yang dianggap liar. Kepastian dasar yang diberikan keluarga kepada pasien yang mengalami hipertensi, misalnya keluarga bertanya bagaimana perasaan pasien selama minum obat, keluarga sering memikirkan kondisi pasien dan keluarga secara umum memberikan inspirasi kepada pasien untuk minum obat (Dewi et al. , 2018)

2. Dukungan Penghargaan

Keluarga berperan sebagai pemandu masukan, mengarahkan dan mengintervensi tujuan serta validator kepribadian kerabat. Aspek ini terjadi melalui artikulasi ucapan terima kasih dengan semua orang di sekitarnya, penghiburan atau pernyataan yang mendukung pemikiran atau perasaan individu tersebut. Bantuan ini menyebabkan individu merasa penting, mampu dan dihargai. Bantuan syukur juga merupakan tipe keluarga yang penuh kemampuan perasaan yang dapat memperbaiki status psikososial keluarga yang terlantar. Melalui bantuan ini,

masyarakat akan mendapat pengakuan atas kapasitas dan penguasaannya. Dukungan evaluasi atau penghargaan yang diperoleh pasien yang mengalami hipertensi antara lain: keluarga mendengarkan protes pasien setelah meminum obat, keluarga mengontrol pasien dalam meminum obat, dan keluarga memberikan bantuan kepada pasien untuk mengontrol obat secara konsisten (Dewi et al. , 2018).

3. Dukungan Instrumental

Bantuan instrumental (peralatan atau kantor) yang dapat diperoleh oleh kerabat yang lemah termasuk memberikan kantor untuk bekerja dengan cara berperilaku sabar yang mencakup bantuan langsung, biasanya dalam bentuk besar, khususnya uang tunai, pintu terbuka yang berharga, waktu, dan sebagainya. Jenis bantuan ini dapat mengurangi tekanan karena orang dapat dengan cepat mengatasi masalah yang berhubungan dengan materi. Bantuan instrumental yang diberikan keluarga kepada pasien yang mengalami hipertensi, misalnya keluarga pergi bersama pasien berobat ke Posyandu, keluarga memusatkan perhatian pada pola makan pasien dan keluarga memberikan inspirasi kepada pasien untuk melakukan pekerjaan nyata (Dewi dkk., 2018).

4. Dukungan informasi

Dukungan data adalah suatu bentuk bantuan yang meliputi pemberian data, fasilitas atau kritik terhadap suatu keadaan dan kondisi tertentu. Seperti yang dikemukakan oleh (Nursalam, 2016) bantuan ini berupa pemberian nasehat dengan cara mengingatkan masyarakat untuk melakukan pengobatan atau perawatan yang telah disarankan oleh pekerja kesejahteraan (tentang pola makan sehari-hari, pekerjaan atau aktivitas nyata, meminum obat, dan kontrol), mengingatkan mereka tentang cara berperilaku yang tepat. memberantas penyakit tunggal serta memberikan penjelasan mengenai penilaian dan pengobatan dokter spesialis yang merawat atau memahami hal-hal yang samar-samar mengenai penyakit tunggal. Bentuk dukungan data yang diperoleh pasien yang mengalami hipertensi antara

lain: keluarga memberikan pencerahan bahwa hipertensi dapat disembuhkan dengan asumsi berobat biasa, keluarga mengingatkan pasien untuk mencari pengobatan dan keluarga menghimbau pasien untuk meminum resep (Dewi et al., 2018).

6.3 Pencegahan Penyakit Keluarga

Mencegah penyakit dalam keluarga sangatlah penting mengingat keluarga merupakan pedoman bagi sanak saudara lainnya. Melalui aktivitasnya, keluarga hendaknya memperlihatkan perilaku hidup yang bersih dan sehat. Dengan teladannya, keluarga tidak perlu berusaha memahami anggota keluarga lainnya tentang pentingnya gaya hidup yang bersih dan kokoh. Beberapa contoh dasar perilaku hidup sehat dan bersih yang dapat ditunjukkan oleh para petinggi keluarga, yaitu mengonsumsi makanan yang baik, melakukan pekerjaan yang sehat dan aktif. Beberapa hal ini dapat mencegah penyakit dalam keluarga. Dengan cara berperilaku baik yang dilakukan oleh para wali, khususnya para petinggi keluarga sebagaimana disebutkan di atas, hal ini secara implisit akan mendorong anak-anak mereka untuk meniru dan mengikuti mereka. Lebih jauh lagi, wali adalah cerminan yang dapat dilihat dan dicerminkan oleh anak-anaknya dalam keluarga.

Keluarga membentuk hubungan yang sangat nyaman antara ayah, ibu, dan anak-anak. Hubungan ini terjadi ketika sanak saudara saling terhubung satu sama lain. Keterhubungan ini menjadikan suatu kedekatan yang terjalin dalam keluarga. Dalam keadaan normal, lingkungan pertama yang bersentuhan dengan anak-anak adalah orang tua, saudara, dan mungkin kerabat langsung yang tinggal serumah. Keluarga, sebagai lembaga sosial terkecil, merupakan lembaga dan permulaan spekulasi untuk membangun kehidupan sosial dan lokal yang unggul pada umumnya

6.3.1 Pencegahan Penyakit Hipertensi pada Keluarga

Berbagai upaya preventif untuk mengurangi korban hipertensi dilakukan baik di tingkat dunia maupun di tingkat masyarakat. Upaya penanggulangannya dimulai dari memperluas

perhatian masyarakat hingga penyesuaian cara hidup ke arah yang lebih baik (Mamesah, 2019). Upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesejahteraan antara lain meningkatkan peningkatan kesejahteraan untuk mengendalikan hipertensi, pemeriksaan darah rutin, memperluas akses ke fasilitas kesehatan, dan mencegah ketidaknyamanan dengan menggunakan strategi dari *World Health Organization* (P2PTM, 2020)

Keluarga memainkan peranan penting dalam waktu yang dihabiskan untuk mengamati, menjaga dan mencegah ketidaknyamanan hipertensi di rumah. Keluarga adalah pendorong utama untuk mengambil bagian dalam pengobatan. Banyak keluarga yang sibuk sehingga tidak memiliki kesempatan dan kemauan untuk mendampingi dan mengingatkan korban hipertensi untuk berobat ke layanan kesehatan atau mengonsumsi obat. Kurangnya perhatian dari keluarga menyebabkan penderita hipertensi tidak mengetahui kesejahteraan dirinya, tidak mampu mengikuti pengobatan atau mengikuti program posyandu, dan angka kekambuhan penyakit menjadi lebih tinggi (Rohmayani, 2018).

Harus ada partisipasi antara korban hipertensi dan keluarganya. Dukungan keluarga sangat diperlukan mengingat keluarga merupakan individu terdekat yang berperan dalam mewujudkan kepatuhan obat pada penderita hipertensi. Terlebih lagi, korban yang tidak memiliki keluarga atau tidak ada bantuan dari keluarga akan berdampak pada berakHIRnya pengobatan lebih awal dan hasil yang didapat tidak dapat diterima (Widyaningrum et al., 2019).

2.3.2 Pencegahan penyakit gastritis pada keluarga

Gastritis merupakan penyakit yang sering terjadi di mata masyarakat. Kekambuhan maag terjadi karena beberapa faktor termasuk pola makan, stres. Dukungan keluarga dapat menjadi aset untuk membantu menghindari dampak buruk stres. Jika dukungan keluarga tidak baik, hal ini dapat meningkatkan stresor bagi pasien. Dalam pengobatan penyakit maag diperlukan dukungan keluarga dalam mengendalikan variabel-variabel penyebabnya karena

keluarga memegang peranan penting dalam status kesejahteraan seseorang.

Contoh makan yang sporadis akan menyulitkan perut untuk menyesuaikan diri. Jika hal ini berlangsung lama, akan dihasilkan zat korosif lambung berlebih yang dapat mengganggu dinding lambung. Pola makan yang sporadis dan rutin mengonsumsi makanan sumber panas, mengandung gas dan korosif dapat menyebabkan maag. Tanda-tanda dan efek samping dari penyakit maag adalah refluks asam, mual, naik-turun, lemas, bengkak, kembung, rasa lapar berkurang, wajah pucat, suhu tubuh meningkat, keringat dingin, discombobulasi dan bersendawa terus-menerus. Dalam keadaan yang lebih parah, darah dapat naik menurut catatan harian klinis 40 % penderita maag disebabkan oleh tekanan karena masalah pekerjaan, masalah dalam keluarga, pola makan yang tidak teratur sehingga menyebabkan penyakit maag berulang (Aritonang, 2021).

Pola makan yang tidak dapat diprediksi juga dapat menyebabkan penderitanya mengalami maag berulang. Kecenderungan mengonsumsi makanan murah juga berdampak signifikan terhadap terjadinya penyakit maag dimana porsi makanan sehatnya tidak seimbang, terutama kandungan energi yang terlalu tinggi seperti pasta, ayam bakar, yang biasanya dibarengi dengan menghindari minuman bersoda dan juga pola makan. Misalnya makan terlalu panas, terlalu korosif atau berlemak menjadi salah satu faktor yang membuat penderita maag kambuh.

6.3.3 Pencegahan penyakit Diabetes Militus pada Keluarga

Latar Belakang Keluarga Penderita Diabetes Mellitus Anak merupakan keturunan utama dari orang tua penderita Diabetes Mellitus (ayah, ibu, saudara kandung, saudara perempuan). Risiko seorang anak terkena diabetes mellitus tipe 2 adalah 15% jika salah satu orang tuanya menderita diabetes mellitus dan peluangnya sebesar 75% jika kedua orang tuanya menderita diabetes mellitus. Biasanya, jika seseorang mengidap diabetes melitus, maka kerabatnya mempunyai risiko 10% terkena diabetes melitus.

Sesuai dengan Pencegahan Penyakit Menular Tidak Dapat Dipindahtangankan (P2PTM), salah satu upaya pengendalian kasus DM adalah dengan memperluas pengawasan terhadap hasil

pengobatan DM dengan HBA1c, membekali pelaku DM dengan Pedoman Tata Kelola Kantor Kesejahteraan Tingkat Pertama (FKTP). Penguatan Kesejahteraan Daerah di bidang Kesejahteraan dilakukan melalui upaya preventif, antara lain dengan memberdayakan masyarakat untuk melakukan kegiatan CERDIK, yaitu: Pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk mengontrol berat badan, gula darah, kerja nyata dan olah raga. Promotif, dengan gagasan penguatan daerah terhadap kasus DM, pemanfaatan rekaman tentang DM, pemanfaatan pamflet dan standar. Oleh karena itu, tugas utama pekerja kesejahteraan adalah mereka dapat melakukan upaya peningkatan kesejahteraan dan pelatihan kesejahteraan sesuai dengan kemajuan kesejahteraan. Peningkatan kesejahteraan merupakan suatu interaksi atau upaya agar masyarakat mampu mengimbangi dan menggarap kekuatan pasien DM.

Dukungan keluarga diterima berdampak pada kepuasan pribadi korban DM. Keluarga merupakan bagian penting dari seseorang, sama halnya dengan korban DM. Penderita DM tipe 2 diketahui mempunyai masa-masa sulit seperti bekerja pada diri sendiri, sesekali mengontrol gula darah, pola makan, dan gerak, ternyata salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan diri adalah dukungan keluarga, pola makan yang sehat. contoh, dan kerja aktif.

Dukungan keluarga dan perhatian dari orang-orang terdekat penderita diabetes melitus memberikan kenyamanan, perhatian, persahabatan dan inspirasi untuk mencapai kesembuhan dengan sikap menoleransi kondisinya. Hal ini terlihat dari penuturan salah satu korban diabetes melitus yang menyatakan bahwa melalui ikhtiarnya dan bantuan orang-orang terdekatnya, korban mampu rutin meminum obat sesuai dengan pengukuran yang diberikan oleh dokter spesialis.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, A. 2014. *Promosi Kesehatan*. Teepublish. Yogyakarta
- Aritonang, M. 2021. Pengaruh Stress Dan Pola Makan Dengan Frekuensi Kekambuhan Penyakit Pada Penderita Gastritis Di RSUD DR. Pirngadi Medan Tahun 2020. *Jurnal pandu husada*, 2(2), 84. <https://doi.org/10.30596/jph.v2i2.6685>
- Dewi, A. R., Wiyono, J., & Candrawati, E. 2018. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Berobat pada Pasien Penderita Hipertensi di Puskesmas Dau Kabupaten Malang. *Nursing News*, 3(1), 459–469
- Friedman, M. M. 2010. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik* (3rd ed.). Jakarta: EGC
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. 2014. *Buku ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktik*. Jakarta: EGC
- Handayani, S. D. 2012. Hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien Gastritis di Puskesmas Jatinangor. *Students e-Journal*, 1(1), 28.
- Mamesah, C. J. 2019. *Hubungan Self Effycacy dengan Kepatuhan Perawatan Diri Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting Kota Manado*. Skripsi. Univeritas Katolik De La Salle Manado
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Rineka Cipta: . Jakarta
- P2PTM. 2020. *Hari Hipertensi Dunia 2019: "Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK."* Kementerian Kesehatan RI.
- Rohmayani, S. A. 2018. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Dusun Pundung Cambahan Nogotirto Sleman Yogyakarta*. Naskah Publikasi. Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Setiadi. 2008. *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Graha Ilmu: Yogyakarta
- Tussakinah, W., & Burhan, I. R. 2017. *Hubungan Pola Makan dan Tingkat Stres terhadap Kekambuhan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Tarok Kota Payakumbuh Tahun 2017*. 9

- Undang-undang Kesehatan Repoblik Indonesia. No. 17 Tahun. 2023.
Tentang Kesehatan. Sekretariat Negara. Jakarta
- Widyaningrum, D., Retnaningsih, D., & Tamrin. 2019. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Lansia Penderita Hipertensi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(9), 21–26. <https://doi.org/https://doi.org/10.32584/jikk.v2i2.411>
- Yanto, A., & Setyawati, D. 2017, October. Dukungan Keluarga Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Kota Semarang. In *prosiding seminar nasional & internasional* (Vol. 1, No. 1).

BAB 7

KEPERAWATAN PADA KONDISI KHUSUS DALAM KELUARGA

Oleh Mariam Dasat

7.1 Pengertian Berkebutuhan Khussus

Anak berkebutuhan khusus adalah mereka yang mempunyai keterbatasan atau kondisi fisik, mental, intelektual, sosial atau emosional yang unik dan mempunyai dampak signifikan terhadap tumbuh kembangnya bersama dengan anak-anak lain pada usia yang sama.

Pengertian anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mempunyai keterbatasan atau keadaan yang unik, baik fisik, mental, intelektual, sosial, atau emosional, yang secara signifikan mempengaruhi pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak lain pada usia yang sama.

7.2 Jenis Anak Berkebutuhan Khusus

1. Anak tunanetra adalah anak tunanetra yang berupa kebutaan total (total) atau kebutaan sebagian (penglihatan buruk).
2. Anak tunarungu adalah anak yang mengalami gangguan pendengaran sebagian atau seluruhnya dan umumnya mengalami kesulitan dalam berbahasa dan berbicara.
3. Anak tunagrahita adalah anak yang mempunyai kecerdasan jauh lebih rendah dibandingkan rata-rata anak pada usia yang sama dan disertai dengan buruknya kemampuan adaptasi perilaku yang muncul pada masa perkembangan.
4. Anak penyandang disabilitas fisik adalah anak yang mengalami gangguan gerak akibat kelumpuhan, ketidaklengkapan anggota badan, kelainan bentuk dan fungsi badan atau anggota badan.

5. Anak penyandang disabilitas sosial adalah anak yang mengalami kesulitan atau hambatan dalam pengendalian emosi, kontrol sosial dan mempunyai perilaku menyimpang.
6. Anak dengan Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) atau Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) adalah anak yang mengalami gangguan tumbuh kembang yang ditandai dengan sekelompok masalah berupa gangguan pengendalian diri, masalah perhatian, hiperaktif, dan impulsif. menyebabkan kesulitan dalam berperilaku, berpikir, dan mengendalikan emosi
7. Anak-anak dengan gangguan spektrum autisme (ASD) adalah anak-anak yang mengalami gangguan pada tiga bidang dengan tingkat yang berbeda-beda, termasuk keterampilan komunikasi dan interaksi sosial serta perilaku berulang dan stereotip.
8. Anak dengan kelainan ganda adalah anak yang mempunyai dua kelainan atau lebih dan memerlukan dukungan, layanan, pendidikan, dan dukungan pembelajaran khusus.
9. Anak lamban belajar atau slow learner adalah anak yang potensi intelektualnya sedikit di bawah rata-rata namun tidak mempunyai gangguan jiwa. Mereka membutuhkan waktu yang lama dan berkali-kali untuk menyelesaikan tugas-tugas akademik maupun non-akademik.
10. Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mempunyai hambatan atau penyimpangan pada satu atau lebih proses psikologis dasar berupa ketidakmampuan mendengar, berpikir, berbicara, membaca, menulis, mengeja, dan berhitung.
11. Anak dengan gangguan kemampuan komunikasi adalah anak yang menunjukkan penyimpangan dalam bidang perkembangan bahasa, bunyi, ritme, dan kefasihan dibandingkan dengan rata-rata usianya karena faktor fisik, psikis, dan lingkungan, baik reseptif maupun ekspresif.
12. Anak dengan potensi intelektual dan/atau bakat khusus adalah anak yang mempunyai nilai kecerdasan tinggi (gifted) atau unggul dalam bidang tertentu (berbakat) seperti musik, seni, olah raga dan kepemimpinan.

7.3 Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus

7.3.1 Penanganan umum

1. Anak berkebutuhan khusus merupakan amanah Tuhan Yang Maha Esa, memerlukan perhatian, perawatan dan harus dihormati hak-haknya.
Untuk itu orang tua, keluarga, dan masyarakat harus ikhlas menerima keberadaan anak. Hindari perasaan cemas, frustrasi, khawatir, marah, rasa bersalah terhadap diri sendiri dan orang lain, serta rasa putus asa yang terus-menerus.
2. Penelantaran anak berkebutuhan khusus merupakan pelanggaran hak asasi manusia. Oleh karena itu, orang tua, keluarga, dan masyarakat tidak boleh menyembunyikan atau menelantarkan anak-anak tersebut.
3. Anak berkebutuhan khusus mempunyai hak yang sama dengan anak lainnya, dapat hidup mandiri dan sukses sesuai minat dan potensinya.
Oleh karena itu, orang tua, keluarga, dan masyarakat mempunyai tanggung jawab untuk menghormati hak-hak anak dalam segala aspek kehidupan, seperti inklusi sosial dalam lingkungan, hiburan, dan kegiatan lainnya yang bertujuan untuk mengenalkan anak pada kebutuhan khusus hidup di luar rumah.
4. Anak berkebutuhan khusus tidak sakit dan tidak menular.
Oleh karena itu, orang tua, keluarga, dan masyarakat hendaknya melakukan sosialisasi mengenai topik ini, termasuk informasi mengenai prestasi dan keberhasilan yang diraih anak berkebutuhan khusus.
5. Orang tua, keluarga, dan masyarakat diminta dukungannya dalam bidang agama, pendidikan, kesehatan, dan kehidupan sosial masing-masing.
6. Orang tua, keluarga dan masyarakat harus memiliki keterampilan untuk merawat dan mengasuh anak berkebutuhan khusus melalui pelatihan.
7. Orang tua dan keluarga perlu konsisten dan sadar lingkungan dalam mengasuh anak berkebutuhan khusus.

8. Orang tua dan keluarga harus memperoleh keterampilan teknis dan menstimulasi tumbuh kembang anak berkebutuhan khusus di rumah dan di lingkungannya sedini mungkin.

7.3.2 Penanganan khusus

1. Anak tuna netra

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak tunanetra:

- a. Mata tampak merah.
- b. Bola mata buram (bagian tengah berwarna putih-putih), kadang menyerupai mata kucing (mengkilat).
- c. Bola mata bergerak sangat cepat.
- d. Penglihatan hanya mampu merespon cahaya dan benda besar dengan warna cerah. Menyipitkan mata saat terkena sinar matahari.
- e. Melihat benda, menonton TV, membaca buku atau melihat dari dekat gambar di buku
- f. Tonton TV dengan cermat.
- g. Saat berjalan di tempat asing, Anda sering tersandung dan jatuh.
- h. Saat matahari terbenam, Anda tidak dapat melihat dengan jelas.
- i. Sering membenturkan kepala ke dinding.

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak buta total :

- a. Tidak bisa melihat cahaya.
- b. Jelas terlihat kerusakan pada kedua bola mata.
- c. Sering meraba-raba saat mencari benda dan sering terbentur serta tersandung saat berjalan.
- d. Bola mata melihat dengan jelas tetapi tidak dapat melihat cahaya atau benda.
- e. Dengan rutin menekan bola mata dengan jari.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Bawalah anak Anda ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa oleh petugas medis.
- b. Memantau hasil pemeriksaan tenaga medis sesuai petunjuk dan anjuran yang diberikan.
- c. Menyekolahkan anak ke sekolah yang sesuai dan mengembangkan potensinya.
- d. Orang tua dan keluarga membantu anak-anak di rumah menyelesaikan tugas yang diberikan di sekolah atau meninjau pelajaran yang telah mereka terima.

2. Anak tuna rungu

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak tunarungu:

- a. Jangan kaget bila mendengar suara keras atau tepuk tangan pada jarak 1 meter.
- b. Tidak bisa tenang menanggapi suara ibu atau pengasuhnya.
- c. Tidak bereaksi jika dipanggil namanya atau acuh terhadap suara sekitar.
- d. Tidak memahami maksud orang lain jika berbicara tanpa bertatap muka.
- e. Tidak dapat menentukan arah suara.
- f. Kemampuan berbicara belum berkembang.
- g. Kosakata tidak berkembang.
- h. Sering mengalami infeksi telinga.
- i. Jika sulit untuk dipahami.
- j. Aku tidak bisa memperhatikan sesuatu untuk sementara waktu.
- k. Terlihat seperti anak yang durhaka atau durhaka.
- l. Tampaknya lambat atau membingungkan.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Bawalah anak Anda ke pusat kesehatan atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa oleh petugas medis.

- b. Memantau hasil pemeriksaan tenaga medis sesuai petunjuk dan anjuran yang diberikan.
- c. Menyekolahkan anak ke sekolah yang sesuai dan mengembangkan potensinya.
- d. Biasakan untuk mengalihkan perhatian anak pada kebisingan lingkungan yang sering terjadi, misalnya suara orang mengetuk pintu, suara telepon, suara sepeda motor, suara mesin mobil, dan lain-lain.
- e. Biasakan orang tua untuk terus berbicara langsung dengan anak agar dapat melihat dengan jelas wajah dan gerakan bibirnya.

3. Anak penyandang disabilitas intelektual

Ciri-ciri dan tanda-tanda anak tunagrahita :

- a. Anak tunagrahita ada 3 jenis yaitu ringan (kemampuan belajar), sedang (kemampuan bergerak) dan berat (kemampuan peduli).
- b. Wajah datar, mata besar, hidung pesek, mulut terbuka lebar, lidah besar.
- c. Kepala kecil/besar/datar.
- d. Tidak mampu mengurus diri sendiri sesuai umur atau harus meminta bantuan orang lain.
- e. Perkembangan bahasa/ucapan lambat atau ketidakmampuan berbicara.
- f. Miskin atau tidak mampu beradaptasi dengan lingkungan.
- g. Air liur (cairan) sering keluar dari mulut.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Bawalah anak Anda ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa oleh petugas medis.
- b. Memantau hasil pemeriksaan tenaga medis sesuai petunjuk dan anjuran yang diberikan.
- c. Menyekolahkan anak ke sekolah yang sesuai dan mengembangkan potensinya.

- d. Mengajarkan sesuatu secara bertahap dan berulang-ulang.
 - e. Penting untuk diingat bahwa kebutuhan biologis anak tunagrahita sama dengan anak lainnya, hanya saja mereka belum memahami bagaimana cara mengelola ketika emosi tersebut muncul.
4. Anak penyandang disabilitas sosial
- Ciri-ciri atau tanda-tanda anak mengalami gangguan pendengaran antara lain:
- a. Tidak patuh dan suka berbohong.
 - b. Mudah bergairah/emosional/mudah tersinggung.
 - c. Sering melakukan tindakan agresif, destruktif dan mengganggu.
 - d. Sering melakukan tindakan yang melanggar standar sosial/moral/hukum.
 - e. Kurang/ketidakmampuan menjalin hubungan dengan orang lain.
 - f. Merasa tertekan dan selalu tidak bahagia.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Bawalah anak Anda ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa oleh petugas medis.
- b. Memantau hasil pemeriksaan tenaga medis sesuai petunjuk dan anjuran yang diberikan.
- c. Menyekolahkan anak ke sekolah yang sesuai dan mengembangkan potensinya.
- d. Orang tua dan keluarga harus memberikan contoh sikap, nilai, dan perilaku yang baik untuk dapat menjadi teladan bagi anak.
- e. Anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif:

- a. Hilang konsentrasi atau sulit konsentrasi seperti tidak mau mendengarkan, tidak menyelesaikan tugas, sering kehilangan barang, tidak konsentrasi, mudah teralihkan, suka melamun, pendiam, sering perlu diingatkan dan diarahkan.
- b. Impulsif atau sulit mengendalikan keinginan, seperti terburu-buru mendekati sesuatu, tidak memperhatikan, berani mengambil resiko, mengambil resiko tanpa berpikir panjang, sering mengalami kecelakaan atau cedera, tidak sabaran dan suka diganggu.
- c. Hiperaktif atau kesulitan mengendalikan gerakan seperti sulit istirahat, tidak bisa duduk diam dalam waktu lama, banyak bicara, menggerakkan jari tanpa tujuan (usil), selalu bergerak dan ingin pergi atau meninggalkan suatu tempat, mudah bersemangat dan berubah-ubah posisi/gerakan berlimpah.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Bawalah anak Anda ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa oleh petugas medis.
- b. Memantau hasil pemeriksaan tenaga medis sesuai petunjuk dan anjuran yang diberikan.
- c. Menyekolahkan anak ke sekolah yang sesuai dan mengembangkan potensinya.
- d. Penggunaan obat-obatan bukan satu-satunya pengobatan, Anda bisa menggunakan metode psikiatri untuk memperbaiki kondisi anak.
- e. Bangunlah suasana emosional yang positif dalam mendukung anak, sehingga secara psikologis anak merasa lebih diterima.
- f. Berikan perhatian positif dan dorong anak untuk berperilaku baik.
- g. Memberi perintah secara langsung dan efektif.

5. Anak dengan gangguan spektrum autisme

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak dengan gangguan spektrum autisme:

Ciri atau tanda anak autis sangat beragam, meliputi 3 bidang: Gangguan komunikasi/bicara, interaksi sosial, dan gerakan berulang (stereotip) tingkat keparahannya berkisar dari ringan hingga berat.

- a. Usia 0 - 2 tahun: anak jarang menangis atau sering menangis tanpa alasan (iritabilitas), sulit digendong karena gerakan lengan dan kaki yang berlebihan, tidak melakukan kontak mata, tidak mempunyai senyuman sosial (respon/balas senyuman orang sekitar), kadang ada merupakan masa-masa gerak yang tidak teratur. Perkembangan terlewat bila anak tidak melalui fase merangkak, tetapi langsung bangun/berlari, menggigit tangan dan anggota tubuh orang lain secara berlebihan.
- b. 2-3 tahun: anak tidak suka berkomunikasi dengan anak lain, menganggap orang sebagai objek, membatasi kontak mata, tertarik pada objek tertentu, tidak suka disentuh/dipeluk, marah jika kebiasaan anak diubah, terluka, dan agresif. 1) Anak berbicara sangat lambat atau tidak berkata apa-apa, mengeluarkan suara-suara yang aneh dan tidak berarti, mengulangi apa yang dikatakan orang lain, berbicara tetapi tidak berkomunikasi. 2) Saat ditanya, dia tidak bisa menjawab, bahkan mengulangi pertanyaannya. 3) Tidak dapat berkomunikasi bolak-balik dan tidak menatap mata orang lain. 4) Jika dipanggil, dia tidak mau menonton. 5) Merasa tidak nyaman di tempat keramaian, seperti di pesta ulang tahun, pernikahan, dll. 5) Merasa lebih nyaman bermain sendiri. 6) Memiliki perilaku aneh seperti berjalan berjinjit, berputar-putar, melompat, atau berjalan tanpa tujuan. 7) Sering memandang dengan mata sipit. 6) Keterikatan pada suatu benda tertentu sehingga menyebabkan seseorang membawa benda tersebut kemana-mana. 7) Dia menjadi sangat marah jika dia tidak mendapatkan apa yang

diinginkannya. 8) Tertawa/menangis/marah karena alasan yang tidak diketahui. 9) Tidak ada rasa empati. - Ada kebutuhan untuk mencium-cium sesuatu dan memasukan segala benda yang dipegangnya ke dalam mulut atau digigit-gigit.

Apa yang perlu dilakukan orangtua, keluarga bila anak menunjukkan ciri-ciri atau tanda-tanda di atas? a. Konsultasikan kepada tenaga ahli (dokter, psikolog, tenaga pendidik) untuk mendapatkan informasi, diagnosa dan rekomendasi untuk penanganan lebih lanjut. b. Mencari tahu kebutuhan anak sesuai dengan perkembangannya, tingkat sensitivitas terhadap rangsang gerak, penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. c. Mencari tahu kebutuhan sensori, diet, biomedis, dan lain sebagainya yang bisa dilakukan di rumah. d. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak. e. Melibatkan anak dalam aktivitas sederhana di rumah seperti mencuci piring, menyiram tanaman, menyapu rumah, merapikan pakaian, dan lain sebagainya sesuai kemampuannya. f. Menyediakan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan, misalkan ruangan untuk bergerak secara bebas, alat bantu belajar, dan lain sebagainya. g. Dalam menentukan pendidikan pada anak, harus melihat tingkat kecerdasan dan intensitas gejala autisme, karena setiap anak autisme berbeda.

6. Anak Disabilitas Sosial

Ciri-ciri atau tanda anak tunalaras antara lain: - Bersikap membangkang dan suka berbohong. - Mudah terangsang emosinya/emosional/mudah marah. - Sering melakukan tindakan agresif, merusak, dan mengganggu. - Sering bertindak melanggar norma sosial/norma susila/norma hukum. - Kurang/tidak mampu menjalin hubungan dengan orang lain. - Mempunyai perasaan yang tertekan dan selalu merasa tidak bahagia.

Apa yang perlu dilakukan orangtua, keluarga bila anak menunjukkan ciri-ciri atau tanda-tanda di atas? a. Membawa

anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis. b. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan. c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak. d. Orangtua, keluarga harus memberikan contoh tentang sikap dan nilai, dan perilaku baik yang bisa menjadi tauladan bagi anak.

7. Anak Dengan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktif

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif : - Inatensi atau kesulitan memusatkan perhatian, seperti tidak mau mendengar, gagal menuntaskan tugas-tugas, sering menghilangkan benda-benda, tidak dapat berkonsentrasi, perhatiannya mudah terganggu, suka melamun, pendiam, harus diingatkan dan diarahkan terus-menerus. - Impulsif atau kesulitan menahan keinginan, seperti terburu-buru saat mendekati sesuatu, tidak teliti, berani mengambil risiko, mengambil kesempatan tanpa pikir panjang, sering mengalami celaka atau luka, tidak sabar, dan suka interupsi. - Hiperaktif atau kesulitan mengendalikan gerakan, seperti sangat sulit istirahat, tidak dapat duduk lama, bicara berlebihan, menggerakkan jari-jari tak bertujuan (usil), selalu bergerak ingin pergi atau meninggalkan tempat, mudah terpancing, dan banyak berganti-ganti posisi/gerakan.

Apa yang perlu dilakukan orangtua, keluarga bila anak menunjukkan ciri-ciri atau tanda-tanda di atas? a. Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis. b. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan. c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak. d. Pemakaian obat tidak menjadi satu-satunya cara penanganan, bisa menggunakan pendekatan kejiwaan

dalam upaya perbaikan kondisi anak. e. Membangun suasana emosi positif dalam mendampingi anak, sehingga secara psikologis anak merasa dirinya lebih diterima. f. Memberi perhatian positif dan mengajak anak berperilaku baik. g. Memberi perintah yang efektif dan langsung ke tujuan.

8. Anak Dengan Gangguan Spektrum Autisma

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak dengan gangguan spektrum autisma: - Ciri atau tanda anak spektrum autis bervariasi yang meliputi 3 bidang yaitu: gangguan komunikasi/wicara, interaksi sosial, dan gerakan berulang-ulang (stereotipi) dengan derajat ringan sampai berat. - Usia 0 – 2 tahun: anak jarang menangis atau sering menangis tanpa sebab (irritable), sulit bila digendong karena gerakan tangan dan kaki berlebihan, tidak ada kontak mata, tidak ditemukan senyum sosial (merespon/membalas senyum orang lain disekitarnya), terkadang ada fase perkembangan motorik yang terlewat seperti anak tidak melewati fase merangkak tapi langsung berdiri/lari, menggigit tangan dan anggota orang lain secara berlebihan. - Usia 2 – 3 tahun: anak tidak tertarik bersosialisasi dengan anak lain, melihat orang sebagai benda, kontak mata terbatas, tertarik pada benda tertentu, tidak menyukai sentuhan/dipeluk, marah bila rutinitas yang biasa dikerjakan diubah, menyakiti diri sendiri, dan agresif. - Anak sangat lambat bicara atau tidak bisa sama sekali, mengeluarkan suara yang aneh tanpa makna, mengulang-ulang ucapan lawan bicara, berbicara tapi tidak untuk berkomunikasi. - Ditanya tidak bisa menjawab, bahkan mengulang pertanyaannya. - Tidak bisa berkomunikasi dua arah dan tidak menatap mata lawan bicaranya. - Kalau dipanggil tidak mau menengok. - Merasa tidak nyaman dalam keramaian, misalnya pesta ulang tahun, perkawinan, dan lain sebagainya. - Merasa lebih nyaman bila main sendiri - Berperilaku aneh seperti jalan berjinjit-jinjit, berputar-putar, lompatlompat, mondar-mandir tak bertujuan. - Sering melihat dengan mata yang miring. -

Kelekatan dengan benda tertentu, sehingga kemana-mana harus membawa benda tersebut. - Mengamuk hebat kalau tidak mendapatkan keinginannya. - Tertawa/menangis/marah tanpa sebab yang jelas. - Tidak ada rasa empati. - Ada kebutuhan untuk mencium-cium sesuatu dan memasukan segala benda yang dipegangnya ke dalam mulut atau digigit-gigit. Apa yang perlu dilakukan orangtua, keluarga bila anak menunjukkan ciri-ciri atau tanda-tanda di atas? a. Konsultasikan kepada tenaga ahli (dokter, psikolog, tenaga pendidik) untuk mendapatkan informasi, diagnosa dan rekomendasi untuk penanganan lebih lanjut. b. Mencari tahu kebutuhan anak sesuai dengan perkembangannya, tingkat sensitivitas terhadap rangsang gerak, penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. c. Mencari tahu kebutuhan sensori, diet, biomedis, dan lain sebagainya yang bisa dilakukan di rumah. d. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak. e. Melibatkan anak dalam aktivitas sederhana di rumah seperti mencuci piring, menyiram tanaman, menyapu rumah, merapikan pakaian, dan lain sebagainya sesuai kemampuannya. f. Menyediakan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan, misalkan ruangan untuk bergerak secara bebas, alat bantu belajar, dan lain sebagainya. g. Dalam menentukan pendidikan pada anak, harus melihat tingkat kecerdasan dan intensitas gejala autisme, karena setiap anak autisme berbeda.

9. Anak Dengan Gangguan Ganda

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak dengan gangguan ganda: - Memiliki perpaduan dua hambatan atau lebih, misalnya disabilitas penglihatan dengan gangguan spektrum autisme, disabilitas penglihatan dengan disabilitas pendengaran, down syndrome/disabilitas intelektual dengan disabilitas pendengaran, dan lain sebagainya. - Memiliki hambatan dalam berinteraksi sosial. - Memiliki kemampuan yang sangat terbatas dalam mengekspresikan atau mengerti orang lain. - Pada

umumnya mengalami keterlambatan perkembangan fisik dan motorik. - Sering berperilaku aneh dan tidak bertujuan, misalnya menggosokgosokkan jarinya ke wajah, melukai diri (membenturkan kepala), mencabuti rambut, dan sebagainya. - Seringkali tidak mampu mengurus kebutuhan dasar mereka sendiri seperti makan, berpakaian, buang air kecil, dan lain sebagainya. - Jarang berperilaku dan berinteraksi secara konstruktif. - Dibalik keterbatasan-keterbatasan di atas, anak tunaganda mempunyai ciri-ciri positif seperti ramah, hangat, punya rasa humor, keras hati dan berketetapan hati. Apa yang perlu dilakukan orangtua, keluarga bila anak menunjukkan ciri-ciri atau tanda-tanda di atas? 1. Berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, tenaga pendidik, tenaga sosial dan instruktur keterampilan. 2. Menyediakan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan anak, misalnya ruangan untuk bergerak secara bebas, alat bantu (kursi roda, tongkat dan lain-lain). 3. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak. 4. Memberikan rangsangan/stimulasi secara konsisten, agar anak dapat berkembang secara optimal, sesuai dengan kemampuannya. 5. Melatih kemandirian anak seseuai dengan kemampuannya. 6. Mengembangkan kekuatan dan memperbaiki kelemahan anak. 7. Mengendalikan dan mengarahkan perilaku anak. 8. Memberikan penguatan positif (motivasi, pujian, penghargaan) dan negatif (tidak memberikan hak istimewa). 9. Memberikan kegiatan-kegiatan yang nyata atau fungsional untuk kehidupan sehari-hari. Program dilakukan secara terstruktur dan konsisten. Aktivitas pembelajaran dibagi menjadi beberapa tahapan dan dilakukan secara berulang-ulang. Pemberian program harus melalui tahapan yang dipecah/diurai, misalnya untuk mengajar cara menyikat gigi dimulai dari mengambil sikat gigi, mengambil pasta gigi, membuka tutup pasta gigi, menekan tube pasta gigi di penutup pasta gigi, menyikat gigi bagian depan, menyikat gigi bagian kiri, menyikat gigi

bagian kanan, menyikat bagian dalam atas depan, dan seterusnya.

10. Anak-anak belajar dengan lambat

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak lambat belajar:

- a. Beroperasi pada kapasitas di bawah rata-rata kelas.
- b. Rata-rata hasil belajar masih rendah.
- c. Dalam menyelesaikan tugas akademik, ia sering tertinggal dari teman-temannya.
- d. Lambatnya kemampuan menyerap pelajaran.
- e. Dibutuhkan waktu dan pengulangan untuk menyelesaikan tugas akademik dan non akademik.
- f. Suka berteman dengan anak-anak yang jauh lebih muda dariku.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Konsultasikan dengan psikolog.
- b. Ikuti penilaian atau tes IQ untuk mengetahui kemampuan dan kelemahan anak Anda.
- c. Orang tua dan keluarga harus mengetahui apa yang telah dipelajari anak mereka di sekolah dengan berkonsultasi dengan wali kelas.
- d. Orang tua atau keluarga membimbing dan mendukung anak di rumah dalam proses belajar, baik dengan mengulang materi pelajaran yang dipelajari di sekolah, atau dengan mempersiapkan anak dengan materi pelajaran baru yang akan dipelajarinya pada hari berikutnya.\
- e. Orang tua dan keluarga harus selalu menghargai hasil akademik anaknya di sekolah.
- f. Orang tua dan keluarga hendaknya selalu mendorong anaknya untuk giat belajar baik di sekolah maupun di rumah.
- g. Orang tua dan keluarga harus memberikan contoh sikap dan nilai yang baik.

11. Anak belajar dengan lambat

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak lambat belajar:

- a. Beroperasi pada kapasitas di bawah rata-rata kelas.
- b. Rata-rata hasil belajar masih rendah.
- c. Dalam menyelesaikan tugas akademik, ia sering tertinggal dari teman-temannya.
- d. Lambatnya kemampuan menyerap pelajaran.
- e. Dibutuhkan waktu dan pengulangan untuk menyelesaikan tugas akademik dan non akademik.
- f. Suka berteman dengan anak-anak yang jauh lebih muda dariku.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Konsultasikan dengan psikolog.
- b. Ikuti penilaian atau tes IQ untuk mengetahui kemampuan dan kelemahan anak Anda.
- c. Orang tua dan keluarga harus mengetahui apa yang telah dipelajari anak mereka di sekolah dengan berkonsultasi dengan wali kelas.
- d. Orang tua atau keluarga membimbing dan mendukung anak di rumah dalam proses belajar, baik dengan mengulang materi pelajaran yang dipelajari di sekolah, atau dengan mempersiapkan anak dengan materi pelajaran baru yang akan dipelajarinya pada hari berikutnya.
- e. Orang tua dan keluarga harus selalu menghargai hasil akademik anaknya di sekolah
- f. Orang tua dan keluarga hendaknya selalu mendorong anaknya untuk giat belajar baik di sekolah maupun di rumah.
- g. Orang tua dan keluarga harus memberikan contoh sikap dan nilai yang baik.

12. Anak mempunyai kesulitan khusus dalam belajar

Ada tiga tipe anak dengan kesulitan belajar tertentu:

- a. Anak kesulitan membaca (disleksia)
Ciri-ciri atau tandanya adalah sebagai berikut. 1) Keterampilan membaca berkembang lambat dan sering terjadi kesalahan pada saat membaca. 2) Kemampuan memahami isi bacaan buruk. 3) Pada saat menulis sering kali terdapat huruf-huruf yang hilang pada kata di awal, tengah, atau akhir kata atau kesulitan membedakan bentuk huruf atau angka yang mirip, seperti penulisan huruf d ke b, dan sebaliknya. 4) Tidak memperhatikan tanda baca.
- b. Anak kesulitan belajar menulis (disgrafia), Ciri-ciri atau tandanya adalah sebagai berikut. 1) Kalau copy sering telat selesai. 2) Sering salah mengeja b dengan p, v dengan u, p dengan q, angka 2 dengan 5, 6 dengan 9, dst. 3) Tulisan tangan lemah dan sulit dibaca. 4) Huruf salah/terbalik/hilang. 5) Sulit menulis langsung pada kertas yang tidak bergaris.
- c. Anak kesulitan belajar berhitung (diskalsia), Ciri atau tandanya adalah sebagai berikut. 1) Kesulitan membedakan tanda +, -, x, :, =, <, > - Sulit menggunakan angka/angka. 2) Sering melakukan kesalahan dalam urutan. 4) Sering bingung antara 9 dengan 6, 17 dengan 71, 2 dengan 5, 3 dengan 8, dst. 5) Kesulitan membedakan bentuk geometris.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Temui psikolog.
- b. Ikuti penilaian atau tes IQ untuk mengetahui kemampuan dan kelemahan anak Anda.
- c. Bantu anak Anda membuat strategi belajar atau mencari bantuan dari guru yang bertugas untuk mengatasi kekurangan dan membuat program pembelajaran di rumah.

- d. Orang tua dan keluarga harus selalu mendukung dan membimbing pembelajaran anak di rumah, terutama dengan mengoptimalkan kemampuan fisik dan motorik (perencanaan motorik, orientasi kanan kiri, dan pembelajaran motorik).
- e. Menyediakan alat dan perlengkapan agar anak dapat menyentuh, melihat, mendengar dan menghubungkan dengan konsep yang dipelajari seperti huruf (untuk anak kesulitan membaca), angka dan simbol +, -, : , dan huruf plastik x (untuk anak yang kesulitan belajar matematika) dan huruf tebal dengan titik (untuk anak yang kesulitan belajar menulis).
- f. Mendampingi anak saat belajar dan mengerjakan pekerjaan rumah.
- g. Memuji anak ketika menyelesaikan tugas dengan tepat dan akurat, untuk meningkatkan rasa percaya diri dan kemandirian dalam belajar.

13. Anak dengan gangguan komunikasi/bicara

Ciri-ciri dan tanda-tanda anak mengalami gangguan komunikasi/bicara:

- a. Bayi tidak langsung menangis setelah lahir, - Tidak bereaksi ketika mendengar suara-suara di sekitarnya.
- b. Tidak pernah atau sangat jarang menangis.
- c. Tidak suka menatap wajah ibu atau menoleh ke belakang saat menyusui.
- d. Kesulitan menghisap, mengunyah dan menelan saat makan atau minum.
- e. Tidak mulai berbicara pada usia 12 bulan.
- f. Minimal kosakata atau kalimat.
- g. Tidak bisa menulis kalimat sederhana dan terkadang hanya mengucapkan suku kata terakhir.
- h. Terdapat kelainan pada organ vokal seperti bibir sumbing, bibir sumbing, kelainan bentuk lidah.
- i. Suka menyendiri atau tidak berkomunikasi
- j. Kata-katamu sulit dimengerti.

- k. Ada gejala melekat pada sesuatu yang sulit untuk dilepaskan (kegigihan),

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya mempunyai ciri-ciri atau tanda-tanda di atas?

- a. Bawalah anak Anda menemui dokter spesialis terkait gangguan masa kanak-kanak.
- b. Melalui tenaga profesional tersebut, orang tua dan keluarga dapat mengetahui jenis gangguan komunikasi/bicara yang dialami anak, apa penyebabnya, dan apa yang harus dilakukan.
- c. Sesering mungkin ajak anak bercerita, berkomunikasi dua arah (percakapan paralel), perbanyak latihan menggunakan media visual/gambar.
- d. Memberikan kesempatan kepada anak untuk melakukan sesuatu secara mandiri atau tanpa bantuan langsung.
- e. Menyekolahkan anak ke sekolah yang sesuai dan mengembangkan potensinya.

14. Anak Dengan Kecerdasan Dan Bakat Istimewa

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak dengan kecerdasan dan bakat istimewa:

- a. Memiliki tingkat kecerdasan diatas rata-rata, kreatif, dan berkomitmen terhadap tugas sangat tinggi.
- b. Memiliki kepekaan yang tinggi.
- c. Suka mendapat jawaban dari pertanyaan “bagaimana” dan “mengapa” tentang suatu hal.
- d. Mampu bekerja mandiri sejak kecil.
- e. Sangat cepat dalam memahami pembicaraan atau pelajaran yang diberikan.
- f. Memiliki kepentingan yang luas, beragam dan mendalam.
- g. Memiliki ingatan yang baik dan rasa ingin tahu tentang segala hal.

- h. Memiliki energi yang tinggi dalam menjalin hubungan dan memberikan respon yang baik terhadap orang tua, guru, dan orang dewasa.
- i. Suka berteman dengan anak yang lebih tua dariku.
- j. Senang mempelajari sesuatu yang baru dan menyelesaikan tugas secara akurat dan efisien.
- k. Dapat memikirkan banyak ide atau masalah yang berbeda pada saat yang sama dan dengan cepat menghubungkan satu hal dengan hal lainnya
- l. Dapat berkonsentrasi dalam jangka waktu lama, terutama pada tugas atau bidang yang diminati.

Apa yang harus dilakukan orang tua dan keluarga jika anaknya memiliki ciri-ciri dan tanda-tanda di atas?

- a. Orang tua dan keluarga berkonsultasi dengan pendidik atau psikolog.
- b. Identifikasi sekolah yang menawarkan program yang disesuaikan dengan kebutuhan anak Anda.
- c. Orang tua dan keluarga hendaknya tidak membedakan anak lain dengan anak cerdas yang mempunyai bakat khusus dalam mengasuh dan menyayangi.
- d. Memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada anak untuk mempelajari hal-hal baru, seperti mengembangkan potensi yang diminati, ide-ide yang muncul, dan lain-lain.
- e. Memberi kesempatan anak bermain bersama teman sebayanya untuk meningkatkan keterampilan sosial dan emosional.
- f. Untuk memahami perkembangan anak, orang tua dan keluarga harus selalu berkomunikasi dan melakukan penilaian bekerja sama dengan guru, konselor, dan profesional penitipan anak.

7.4 Peran orang tua terhadap anak berkebutuhan khusus

Dengan menerima keadaan anak dan menciptakan lingkungan keluarga yang mendukung, maka seluruh anggota keluarga dapat ikhlas menerima keadaan anak dan menghormati keberadaan anak dalam keluarga. Selain itu, keluarga juga harus saling mendukung untuk mengoptimalkan perkembangannya.

Menemukan informasi tentang sumber dukungan dan pengobatan yang tepat. Ayah dan ibu lebih aktif mencari informasi untuk mendapatkan dukungan dan pengobatan bagi perkembangannya, seperti mengunjungi fasilitas kesehatan, puskesmas, dokter, psikolog, klinik tumbuh kembang anak, dan lain-lain.

Menumbuhkan rasa cinta dan berbagi kepada orang-orang penting. Mempunyai anak berkebutuhan khusus tidak menghilangkan kemungkinan kesulitan dalam mendidik dan menafkahi anak, perawatan dan kasih sayang terhadap anak.

Setiap anggota keluarga harus terus dipromosikan. Saat menghadapi keadaan sulit, jangan menutup diri tapi berusaha untuk berbagi dengan orang terdekat seperti orang tua, saudara, saudara, guru atau orang terdekat lainnya.

Mendukung dan mendampingi tumbuh kembang anak serta terwujudnya potensi yang dimilikinya, selalu mendukung dan mendampingi anak berkebutuhan khusus dalam proses perkembangan pribadinya. Memberikan kesempatan kepada anak untuk mengembangkan potensinya, tidak dipaksa atau dituntut untuk sama seperti yang lain.

Mengenali ciri, minat dan gaya komunikasi, keluarga juga harus mengenali ciri-ciri anak, apa yang disukai anak dan cara berkomunikasi yang efektif dengan anak agar terjadi saling pengertian dalam berkomunikasi dan membangun keterikatan emosional antar orang tua dan anak-anak.

Bergabung dalam komunitas keluarga, komunitas, bergabung dalam komunitas keluarga yang juga mempunyai anak berkebutuhan khusus atau komunitas yang peduli terhadap anak berkebutuhan khusus, menciptakan kesempatan bagi orang tua untuk belajar, berbagi dan menguatkan satu sama lain sehingga

dapat membantu mendidik dan memberikan pengasuhan yang terbaik.

1.4.7 Meningkatkan keterampilan pengasuhan dan konseling. Tidak semua orang tua siap menjadi pengasuh dan pendamping bagi anaknya, termasuk bagi anak yang mempunyai kebutuhan khusus, yang tentunya mempunyai tantangan tersendiri. Terus meningkatkan kapasitas melalui pembelajaran, berbagi dan mencari informasi dapat dilakukan untuk mengoptimalkan rangsangan tumbuh kembang sesuai karakteristiknya.

Dalam memperjuangkan hak, semua anak mempunyai hak yang sama tanpa diskriminasi, termasuk anak berkebutuhan khusus, hak yang dimaksud diantaranya adalah hak atas pendidikan. Bukan berarti karena keterbatasan mereka tidak mendapat layanan pendidikan yang baik. Dalam hal ini, keluarga harus mampu memperjuangkan hak atas pendidikan dan hak untuk memenuhi kebutuhan penting lainnya.

Dalam memilih dan memutuskan layanan pendidikan, keluarga mempunyai hak dan tanggung jawab untuk memilih dan memilih layanan pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan dan kesiapan anak, banyaknya jangkauan layanan yang tersedia terhadap layanan pendidikan, termasuk PAUD yang dituju. pada anak berkebutuhan khusus., sekolah luar biasa/sekolah luar biasa, homeschooling.

Menurut Hidayati (2023) Kehadiran anak berkebutuhan khusus dalam sebuah keluarga dapat mengubah banyak hal dalam keluarga tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa salah satu atau seluruh anggota keluarga mengalami perubahan dalam pekerjaannya, antara lain pengurangan jam kerja, perubahan pekerjaan, atau berhenti dari pekerjaan. Berbagai penyesuaian yang dilakukan seringkali menimbulkan banyak ketidaknyamanan dan stres bagi orang tua. Stres yang dialami orang tua juga berkaitan dengan beratnya tanggung jawab merawat dan membesarkan anak. Reaksi orang tua beragam. Ada orang tua yang mendekati kondisi ini secara realistis, mengingkarinya, mengasihani diri sendiri, berkonflik, merasa bersalah atau menciptakan kebiasaan ketergantungan pada anaknya. Menghadapi pemicu stres yang signifikan, keluarga

melalui proses tertentu yang memungkinkan mereka bertahan dan beradaptasi hingga menjadi keluarga yang tangguh.

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayati, N. 2011. Dukungan Sosial bagi Keluarga Anak Berkebutuhan Khusus. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Gresik.NSAN Vol. 13 No. 01, April 2011
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Jakarta, 2013. PANDUAN PENANGANAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS BAGI PENDAMPING (ORANG TUA, KELUARGA, DAN MASYARAKAT). Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Jakarta.
- Mangunwibawa, A.A & Trimuliana, I. 2023. Dukung Anak Berkebutuhan Khusus Sejak di Keluarga. Fo<https://paudpedia.kemdikbud.go.id/komunitas-pembelajar/orang-tua-berbagi/dukung-anak-berkebutuhan-khusus-sejak-di-keluarga?ref=MjAyMTA1MjgxNTM2NTctNWJiZDlmYjM=&ix=My1jMzJlNmI1OQ==to>

BAB 8

ETIKA DAN HUKUM DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Erni Eka Sari

8.1 Konsep Etika Keperawatan Keluarga

8.1.1 Pengertian

Etika Berasal dari istilah Yunani "ethos", yang berarti adat istiadat, etika akhirnya menunjukkan kebiasaan yang diinginkan atau kebiasaan yang harus dipatuhi. Kata "moral", yang berasal dari bahasa Latin "mos" (tunggal) atau "mores" (jamak), juga mengacu pada kebiasaan berbudi luhur, merupakan istilah lain yang berkaitan erat dengan etika. Meskipun sebenarnya moral dan etika mengacu pada hal yang sama, namun dalam percakapan sehari-hari, "moral" lebih sering digunakan untuk merujuk pada kebiasaan dan perilaku yang benar, mendasar, dan universal, sedangkan "etika" lebih sering digunakan untuk merujuk pada aturan, perilaku atau "aturan perilaku" yang berlaku lebih spesifik pada kelompok atau masyarakat tertentu.

Kata "etika", yang berasal dari bahasa Yunani, terutama berasal dari frasa "etika kesehatan keluarga". Etika keperawatan, selanjutnya, digunakan sebagai alat untuk menilai perilaku etis dalam praktik keperawatan dan untuk mengambil keputusan dalam perawatan pasien. Keputusan pengobatan didasarkan pada aturan etika yang berfungsi sebagai standar yang dapat diukur dan dievaluasi.

Ada empat perbedaan mendasar antara etika dan etiket, yaitu:

1. Etika adalah mengenai niat, yaitu apakah suatu tindakan dapat dianggap benar atau salah berdasarkan pertimbangan niat baik atau buruk yang mendasarinya. Sementara itu, etiket adalah mengenai tata cara atau aturan tentang bagaimana

melakukan tindakan secara benar sesuai dengan harapan atau norma-norma yang ada.

2. Etika berasal dari nurani atau kesadaran batin individu, di mana seseorang memahami bagaimana seharusnya berperilaku etis dan baik. Etika bersifat internal dan timbul dari kesadaran diri. Di sisi lain, etiket adalah formalitas atau tampilan luar yang mencakup sikap sopan dan perilaku baik yang tampak dari luar. Etiket lebih terkait dengan penampilan publik dan tata krama.
3. Etika bersifat absolut, yang berarti bahwa standar etika tidak dapat dinegosiasikan. Tindakan yang baik akan mendapat pujian, sementara tindakan yang salah akan diberikan sanksi. Etika memiliki nilai-nilai moral yang tetap. Sedangkan etiket bersifat relatif, yang berarti bahwa norma-norma etiket dapat berbeda antara budaya atau daerah yang berbeda. Sesuatu yang dianggap tidak sopan dalam satu budaya mungkin tidak dianggap begitu dalam budaya lain.
4. Etika berlaku sepanjang waktu, tidak tergantung pada apakah ada orang lain yang hadir atau tidak. Prinsip etika berlaku secara konsisten, terlepas dari kehadiran orang lain. Sementara etiket hanya berlaku ketika ada orang lain yang hadir. Etiket lebih terkait dengan norma-norma sosial dan tata krama yang berlaku dalam interaksi sosial.

8.1.2 Tujuan Etika Keperawatan

Profesi perawat yang etis digunakan sebagai sarana untuk menilai tindakan etis dalam praktek perawatan. Ini dibangun berdasarkan kode etik sebagai patokan untuk mengukur dan mengevaluasi perilaku etis perawat. Menurut Dewan Pendidikan Amerika, menurut aturan etikanya:

1. Mengetahui kemudian menguraikan unsur etika dalam praktik pemeliharaan.
2. Strategi/cara membentuk kemudian menganalisis permasalahan etika yang muncul dalam praktik pemeliharaan.

3. Menyambungkan prinsip moral yang baik tentang tanggung jawab pada diri sendiri, keluarga, masyarakat dan Tuhan.

8.1.3 Tipe – Tipe Etika Keperawatan

Ini dibagi menjadi tiga bagian: tipe-tipe etika

1. Bioetika: etika merupakan kajian filosofis yang mengkaji permasalahan dan kontroversi dalam bidang biologi dan kedokteran. Selain itu, bioetika mungkin berfokus pada pertanyaan etika yang muncul tentang hubungan antara sains, bioteknologi, kedokteran, politik, hukum, dan teologi. Informasi lebih lanjut mengenai dilema, kesehatan keshetah, kesehatan modern, penerapan teori etika dan prinsip etika, problema-masalah pelaisan keshetah.
2. Etika Klinis/Etika Klinis: merupakan bagian dari bioetika yang lebih mementingkan masalah etika dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Misalnya, etika klinis: Ada persetujuan atau ketidaksetujuan mengenai bagaimana seseorang harus menanggapi ajuan medis yang kurang bermanfaat (sia-sia).
3. Etika Keperawatan/Etika Perawatan: halaman dari bioetika yang Ini adalah studi formal tentang masalah etika, yang kemudian diterjemahkan ke dalam tindakan dan analisis untuk menarik kesimpulan etis.

8.1.4 Prinsip – prinsip Etik

1. Prinsip otonomi berakar pada keyakinan bahwa individu memiliki kemampuan untuk berpikir rasional dan membuat keputusan sendiri. Dewasa dianggap memiliki kompetensi dan kekuatan untuk memilih dan membuat keputusan mereka sendiri, yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi mencerminkan penghargaan terhadap individu dan dianggap sebagai persetujuan yang tidak memaksa serta tindakan yang rasional. Otonomi adalah hak atas kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut penghargaan terhadap perbedaan diri. Dalam praktik profesional, otonomi tercermin ketika perawat

menghormati hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri.

2. Prinsip berbuat baik (beneficence) berarti hanya melakukan tindakan yang bersifat positif. Kebaikan ini melibatkan pencegahan kesalahan atau kerusakan, penghapusan kesalahan atau kerusakan, serta peningkatan kebaikan bagi diri sendiri dan orang lain. Terkadang, dalam konteks pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan prinsip otonomi.
3. Prinsip keadilan menjadi esensial dalam memberikan perlakuan yang adil dan setara kepada semua individu, dengan mematuhi norma-norma moral, hukum, dan prinsip-prinsip kemanusiaan. Nilai ini tercermin dalam praktik profesional perawat ketika mereka berupaya memberikan perawatan yang tepat sesuai dengan peraturan hukum, standar praktik, dan nilai-nilai yang benar guna mencapai mutu layanan kesehatan yang optimal.
4. Prinsip tidak merugikan (nonmaleficence) berarti tidak menimbulkan cedera fisik atau psikologis pada kliene.
5. Prinsip kejujuran (veracity) mengimplikasikan kewajiban pemberi layanan kesehatan untuk selalu berbicara dengan jujur kepada setiap klien dan memastikan pemahaman yang maksimal dari klien. Ini melibatkan kemampuan seseorang untuk berbicara dengan jujur, memberikan informasi yang akurat, lengkap, dan obyektif untuk memastikan pemahaman dan penerimaan materi yang disampaikan, serta memberi tahu klien tentang segala hal yang berhubungan dengan kondisi mereka selama perawatan. Namun, ada beberapa argumen yang menyatakan bahwa ada batasan pada kejujuran, seperti jika mengungkapkan kebenaran tentang prognosis yang buruk dapat mengurangi harapan pemulihan klien atau jika ada pendekatan paternalistik yang menganggap "dokter yang tahu yang terbaik" karena individu memiliki otonomi dan hak untuk menerima informasi penuh tentang kondisi mereka. Kebenaran adalah dasar dari pembangunan kepercayaan dalam hubungan.

6. Prinsip menepati janji (*fidelity*) memerlukan individu untuk menghargai janji dan komitmen mereka terhadap orang lain. Perawat harus setia pada komitmen mereka, memenuhi janji, dan menjaga kerahasiaan klien. Kesetiaan ini mencerminkan kewajiban seseorang untuk mematuhi kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar perawat adalah meningkatkan kesehatan, mengurangi penyakit, menyembuhkan kesehatan, dan mengurangi kesengsaraan
7. Prinsip kerahasiaan mengatur bahwa informasi pelanggan harus dijaga kerahasiaannya. Semua informasi dalam catatan kesehatan klien hanya dapat diakses dalam lingkup pelayanan klien. Tidak ada pihak yang boleh mengakses informasi tersebut kecuali jika ada izin tertulis dari klien sebagai bukti persetujuan. Diskusi tentang klien di luar lingkup layanan, berbicara kepada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain, harus dihindari.
8. Akuntabilitas adalah standar yang jelas yang digunakan untuk menilai perilaku profesional, bahkan dalam keadaan yang ambigu atau tidak memenuhi syarat.

8.2 Prinsip Dasar Dalam Keperawatan Keluarga

1. Keluarga memegang peranan kunci dalam pelayanan kesehatan keluarga sebagai unit pokok.
2. Melibatkan partisipasi keluarga dalam perawatan kesehatan sebagai bagian integral.
3. Menekankan upaya pencegahan dan promosi kesehatan, tanpa mengesampingkan pengobatan dan rehabilitasi.
4. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah dalam proses perawatan dengan tujuan mencapai tingkat kesehatan optimal.
5. Fokus pada pengembangan perilaku sehat.
6. Kolaborasi tim dalam bekerja.
7. Terus menerapkan perbaikan dalam kesehatan.
8. Memberikan prioritas pada pendidikan kesehatan.

8.3 Etik dan Keperawatan Keluarga

Dalam memberikan perawatan kesehatan kepada keluarga, perawat mengikuti pedoman etika yang telah ditetapkan oleh PPNI melalui Munas PPNI VI. Pedoman etika ini mewajibkan perawat untuk menjaga Mempertahankan relasi yang harmonis dengan pasien, rekan praktik, masyarakat, sesama perawat, dan profesi kesehatan merupakan prinsip yang diikuti. Berdasarkan hasil Rapiamnaas PPNI Lampung, standar praktik home care meliputi:

1. Standar praktik profesional yang melibatkan:
2. Standar Pertama: Evaluasi Keperawatan
3. Standar Kedua: Penetapan Diagnosis Keperawatan
4. Standar Ketiga: Perancangan Keperawatan
5. Standar Keempat: Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
6. Standar Kelima: Evaluasi Tindakan Keperawatan

Standar kinerja profesional yang terdiri dari:

1. Standar Pertama: Pengendalian Mutu
2. Standar Kedua: Pendidikan
3. Standar Ketiga: Evaluasi Kinerja atau Penilaian Prestasi
4. Standar Keempat: Kesejahteraan
5. Standar Kelima: Etika
6. Standar Keenam: Kerja Sama
7. Standar Ketujuh: Penelitian
8. Standar Kedelapan: Optimalisasi Sumber Daya

Perawat yang memberikan perawatan di lingkungan rumah memiliki peran dan tanggung jawab sebagai berikut:

1. Berperan sebagai pemberi pelayanan perawatan langsung kepada klien (keluarga) dengan menggunakan proses keperawatan.
2. Sebagai advokat klien (keluarga), perawat berperan sebagai perantara antara klien dan tim kesehatan, memastikan kebutuhan klien terpenuhi, melindungi Mengutamakan kebutuhan pasien, serta memberikan dukungan kepada keluarga dalam pemahaman terhadap seluruh informasi dan langkah-langkah kesehatan yang diberikan oleh tim

kesehatan. , apakah metode tradisional Masih pendekatan profesional..

3. Sebagai penyedia pendidikan kepada klien, perawat membantu klien dalam meningkatkan kesehatan mereka dengan memberikan informasi yang relevan tentang perawatan dan tindakan medis yang mereka terima. Hal ini bertujuan agar keluarga dapat mengambil tanggung jawab atas informasi yang telah mereka terima
4. Sebagai koordinator, perawat mengoptimalkan semua sumber daya dan potensi yang tersedia dalam keluarga secara terstruktur, sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan atau tumpang tindih dalam pelayanan kesehatan.
5. Sebagai kolaborator, perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dan keluarga dalam merancang dan melaksanakan rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar keluarga.
6. Dalam perannya sebagai penyelenggara, perawat bertugas untuk memperkenalkan ide-ide baru dalam pemikiran, tingkah laku, dan tindakan keluarga serta meningkatkan kemampuan mereka agar mencapai peningkatan kondisi kesehatan yang lebih baik.
7. Sebagai administrator, perawat mengatur aktivitas yang diperlukan untuk mencapai sasaran perawatan, yaitu memenuhi kebutuhan dasar keluarga dan memberikan kepuasan dalam pelaksanaan tugasnya.

Secara umum, perawat yang memberikan perawatan kesehatan keluarga memiliki tanggung jawab untuk memberikan perawatan kesehatan, meningkatkan pengetahuan, dan meningkatkan kemampuan profesionalnya (mengembangkan keterampilan intelektual, teknis, dan interpersonal). Tanggung jawab dalam memberikan perawatan kesehatan keluarga melibatkan penggunaan pendekatan metodologi dalam proses perawatan kesehatan yang mencakup:

1. Membantu keluarga dalam upaya pemulihan kesembuhannya.

2. Memberikan dukungan kepada keluarga yang telah pulih untuk mempertahankan kondisi kesehatan mereka.
3. Membantu keluarga dalam meresapi situasi ketika ada anggota keluarga yang tidak bisa sembuh.
4. Memberikan bantuan kepada anggota keluarga yang menghadapi kematian dengan cara yang empati dan manusiawi.

8.4 Hukum dalam Keperawatan Keluarga

1. Perawat Sebagai Tenaga Kesehatan
 - a. Berdasarkan Pasal 1 angka 2 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, sumber daya dalam sektor kesehatan mencakup segala aspek seperti pendanaan, tenaga manusia, peralatan medis, obat-obatan, alat kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan teknologi yang diperlukan untuk penyelenggaraan layanan kesehatan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat.
 - b. Menurut Pasal 1 ayat 6 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tenaga kesehatan adalah individu yang secara penuh berkomitmen pada bidang kesehatan, memiliki pengetahuan, serta keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan di bidang kesehatan dan memerlukan otorisasi khusus untuk melakukan tindakan dalam upaya kesehatan
 - c. Peran dan tanggung jawab perawat dalam menjalankan tugas dan profesi mereka diatur secara prinsip dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1293/Menkes/SK/XI/2001 mengenai Registrasi dan Praktik Perawat. Keputusan Menteri ini merupakan peraturan teknis yang disyaratkan oleh Undang-Undang Kesehatan Tahun 1992 dan merupakan peraturan pelaksana dari Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 ini dijelaskan bahwa perawat memiliki tanggung jawab dan fungsi khusus yang berbeda dari tenaga kesehatan lainnya

2. Perawat dalam Melaksanakan Kewajiban dan Hak Berdasarkan Peraturan Perundang-undangan.

Dalam pelaksanaan kewajiban dan hak mereka, perawat merujuk pada beberapa peraturan perundang-undangan, termasuk:

Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.

3. Hukum Perawat dalam Pelanggaran Etik Keperawatan

Dalam Buku Standar Kode Etik Keperawatan, terdapat berbagai tindakan yang dianggap sebagai pelanggaran terhadap etika keperawatan.n yang dijelaskan sebagai berikut: (lanjutan informasi tidak tersedia)

a. Pelanggaran ringan termasuk tindakan seperti:

- 1) Menelantarkan kewajiban kerja.
- 2) Bertindak dengan kurang sopan terhadap pasien atau anggota keluarganya.
- 3) Memperlihatkan perilaku yang kurang sopan saat berada di lingkungan perawatan.
- 4) Penampilan yang tidak teratur.
- 5) Mengangkat telepon tanpa memberikan identifikasi diri.
- 6) Menggunakan bahasa kasar. atau mencemarkan nama baik teman sejawat di depan umum atau dalam forum.

b. Pelanggaran sedang mencakup tindakan seperti:

- 1) Mengajukan permintaan kompensasi dalam bentuk Memberikan kompensasi dalam bentuk uang atau barang kepada pasien atau anggota keluarganya untuk keuntungan pribadi atau kelompok.Melakukan kekerasan fisik terhadap pasien dengan sengaja.
- 2) Terlibat dalam hubungan asmara dengan pasien atau keluarganya jika perawat sudah menikah.
- 3) Penyalahgunaan dana perawatan atau obat-obatan pasien untuk kepentingan pribadi atau kelompok.

- 4) Merokok dan berjudi ketika berpakaian sebagai perawat.
- 5) Menggossip atau merendahkan perawat lain atau profesi perawatan di hadapan profesi lain.
- 6) Melakukan pelanggaran etika ringan sebanyak tiga kali atau lebih.
- c. Pelanggaran berat melibatkan tindakan seperti:
 - 1) Melakukan perawatan tanpa mengikuti prosedur yang dapat mengakibatkan penderitaan pasien menjadi parah atau bahkan menyebabkan kematian.
 - 2) Kesalahan dalam memberikan obat yang berakibat sangat serius bagi kesehatan pasien.
 - 3) Meninggalkan pasien dalam kondisi kritis atau sekarat tanpa memberikan pertolongan.
 - 4) Berjudi atau minum alkohol hingga mabuk di dalam lingkungan perawatan.
 - 5) Melakukan pelecehan terhadap kehormatan pasien.
 - 6) Melakukan kekerasan fisik terhadap pasien hingga menyebabkan cacat fisik.
 - 7) Penyalahgunaan obat pasien untuk kepentingan pribadi atau kelompok. Menghina atau menyebarkan informasi palsu tentang profesi perawatan di berbagai platform, surat kabar, atau platform online yang dapat mengakibatkan tindakan hukum.

Sanksi yang diberlakukan Pelanggaran prinsip-prinsip etika dalam praktik keperawatan. tergantung pada tingkat pelanggaran:

1. Sanksi untuk pelanggaran ringan mencakup
 - a. Permintaan Untuk menghindari pengulangan perilaku tersebut dan
 - b. meminta maaf kepada pihak yang mungkin merasa terpengaruh atau dirugikan oleh tindakan tersebut
2. Sanksi untuk pelanggaran sedang melibatkan
 - a. Mengembalikan barang atau uang yang diminta dari pasien atau keluarganya,

- b. Meminta maaf kepada individu yang merasa terganggu atau dirugikan, serta Membuat surat pernyataan yang ditandatangani dan dijamin dengan materai, menegaskan bahwa tindakan tersebut tidak akan diulangi.
- 3. Sanksi untuk pelanggaran berat juga mencakup
 - a. Permintaan maaf kepada pihak yang dirugikan, serta
 - b. membuat surat pernyataan yang ditandatangani dan dijamin dengan materai, menegaskan bahwa tindakan tersebut tidak akan diulangi yang dituangkan dalam materai bahwa perbuatan tersebut tidak akan diulangi
 - c. Pelaporan kepada pihak kepolisian, dan
 - d. Pemecatan dari jabatan dengan tidak hormat. (Maryam, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2005. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC
- Blais, Kathleen Koenig, et.al .2007. Praktik Keperawatan Profesional Konsep dan Perspektif. Ed. 4, EGC Jakarta
- Dermawan D. 2013. Pengantar Keperawatan Profesional. Edisi 1. Gosyen Publishing. Yogyakarta
- Maryam. 2016. Tanggung Jawab Hukum Perawat Terhadap Kerugian Pasien Dikaitkan Undang - Undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen. E Jurnal Katalogis, 191-201
- Mahaputri, A. A., Budiarta, I. N., & Laksmi Dewi, A. A. 2019. Perlindungan Hukum Bagi Profesi Perawat Terhadap Pelaksanaan Praktik Keperawatan. Jurnal Analogi Hukum, 277-281.
- Maryam. 2016. Tanggung Jawab Hukum Perawat Terhadap Kerugian Pasien Dikaitkan Dengan Undang - Undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen. E Jurnal Katalogis, 191-201

BAB 9

INOVASI DAN TANTANGAN DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Suprpto

9.1 Pendahuluan

Keperawatan keluarga merupakan pendekatan yang integral dalam dunia keperawatan, yang menempatkan keluarga sebagai fokus utama dalam perawatan kesehatan. Pendekatan ini mengakui bahwa kesehatan dan kesejahteraan anggota keluarga saling terkait dan dapat mempengaruhi satu sama lain. Dalam konteks inovasi dan tantangan dalam keperawatan keluarga, terdapat beberapa aspek penting yang perlu dipahami. Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah menghasilkan berbagai inovasi dalam pelayanan kesehatan keluarga. Aplikasi mobile, platform daring, dan alat kesehatan berbasis teknologi menjadi sarana untuk memantau kondisi kesehatan anggota keluarga, mendapatkan informasi medis, dan berkomunikasi dengan profesional kesehatan. Inovasi dalam keperawatan keluarga juga mencakup penggunaan pendekatan berbasis bukti untuk memastikan bahwa intervensi dan perawatan yang diberikan telah teruji efektivitasnya melalui penelitian dan studi ilmiah (Kaparang and Ruku, 2022).

Pengembangan kurikulum pendidikan keperawatan yang memasukkan aspek keperawatan keluarga memberikan inovasi dalam hal mempersiapkan para perawat untuk menghadapi dinamika kompleks dalam keluarga pasien. Keluarga memiliki dinamika yang kompleks, termasuk faktor-faktor seperti struktur keluarga, peran anggota keluarga, dan pola komunikasi. Mengelola dinamika ini dalam konteks perawatan kesehatan bisa menjadi tantangan, terutama ketika perlu dilibatkan banyak pemangku kepentingan. Tantangan lain adalah memastikan keterlibatan aktif semua anggota keluarga dalam perawatan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan. Terkadang, perbedaan pendapat atau

kurangnya pemahaman tentang kondisi kesehatan bisa menghambat kolaborasi yang efektif. Keluarga dengan sumber daya terbatas mungkin menghadapi tantangan dalam mengakses pelayanan kesehatan yang memadai. Ini bisa melibatkan aspek finansial, transportasi, atau akses terhadap fasilitas kesehatan. Tantangan lainnya adalah memastikan adanya dukungan emosional dan keharmonisan dalam keluarga, terutama ketika salah satu anggota keluarga mengalami kondisi kesehatan yang serius. Konflik atau kurangnya dukungan dapat mempengaruhi proses penyembuhan. Mengajak keluarga untuk mengadopsi pola hidup sehat yang mendukung pemulihan dan pencegahan penyakit merupakan tantangan tersendiri. Perubahan kebiasaan mungkin sulit dilakukan dan memerlukan pendekatan yang sensitive (Badriah, 2021).

Keperawatan keluarga membawa inovasi yang penting dalam pelayanan kesehatan yang lebih holistik dan terintegrasi. Namun, tantangan-tantangan yang ada perlu diatasi melalui pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif antara perawat, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Suprpto, 2022). Dengan memahami kompleksitas dinamika keluarga serta menerapkan inovasi yang sesuai, keperawatan keluarga dapat memberikan dampak positif dalam perawatan kesehatan yang diberikan kepada individu dan keluarga. Keperawatan keluarga merupakan pendekatan yang holistik dalam memberikan asuhan kesehatan kepada individu dan keluarga. Pendekatan ini mengakui bahwa kesehatan dan kesejahteraan seseorang sangat dipengaruhi oleh lingkungannya, termasuk hubungan dalam keluarga dan masyarakat. Dalam konteks inovasi dan tantangan dalam keperawatan keluarga, terdapat berbagai perkembangan dan kompleksitas yang memengaruhi cara keperawatan keluarga dilaksanakan (Rindiantika, 2019). Dalam era yang terus berkembang dengan perubahan sosial, teknologi, dan lingkungan, praktik keperawatan keluarga mengalami perubahan signifikan. Keperawatan keluarga bukan hanya sekadar memberikan perawatan kepada individu yang sakit, tetapi juga melibatkan pengertian mendalam tentang dinamika keluarga serta faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga secara

keseluruhan (Minannisa, 2020). Dalam konteks ini, inovasi dan tantangan muncul sebagai unsur penting yang membentuk cara keperawatan keluarga dilakukan. Inovasi dan tantangan dalam keperawatan keluarga mencerminkan perubahan global dan kompleksitas hubungan keluarga. Perawat keluarga harus mampu menggabungkan pengetahuan medis dan pemahaman tentang dinamika keluarga untuk memberikan perawatan yang holistik dan efektif. Dalam menghadapi tantangan seperti keterbatasan sumber daya dan perubahan peran, perawat keluarga perlu memiliki kreativitas, empati, dan pengetahuan yang mendalam tentang berbagai aspek kesehatan dan kesejahteraan keluarga (Suprpto *et al.*, 2023).

Keperawatan keluarga adalah pendekatan yang holistik dalam memberikan perawatan kesehatan kepada individu dan keluarga. Pendekatan ini mengakui bahwa kesehatan dan kesejahteraan seseorang sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial, budaya, dan hubungan dalam keluarga. Dalam mengimplementasikan keperawatan keluarga, terdapat berbagai inovasi yang merangsang perkembangan praktik perawatan, namun juga tantangan yang memerlukan solusi kreatif (Febriana, 2017). Inovasi dalam keperawatan keluarga memberikan peluang baru untuk meningkatkan kualitas perawatan dan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Namun, tantangan-tantangan yang ada memerlukan pendekatan yang fleksibel, pemahaman mendalam terhadap dinamika keluarga, dan kemampuan untuk mengatasi hambatan dengan solusi kreatif. Dalam menghadapi inovasi dan tantangan ini, peran perawat keluarga menjadi semakin penting dalam memastikan kesehatan dan kesejahteraan optimal bagi individu dan keluarga. Kemajuan teknologi telah menghasilkan berbagai aplikasi dan perangkat kesehatan digital yang memungkinkan perawat keluarga untuk mengawasi kondisi kesehatan anggota keluarga secara real-time, memberikan edukasi kesehatan, dan bahkan melakukan konsultasi jarak jauh dengan profesional medis. Inovasi dalam keperawatan keluarga juga melibatkan penggunaan pengetahuan berbasis bukti dan praktik terbaik dalam memberikan asuhan. Ini membantu perawat keluarga dalam mengambil keputusan yang lebih tepat dan efektif.

Inovasi dan tantangan dalam keperawatan keluarga adalah dua aspek yang saling berhubungan dan memainkan peran penting dalam pengembangan praktik perawatan yang efektif dan holistik. Inovasi dalam keperawatan keluarga mencakup penerapan teknologi, pendekatan berbasis bukti, pemberdayaan keluarga, dan banyak lagi, yang semuanya bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan dan pengalaman keluarga. Namun, tantangan dalam keperawatan keluarga seperti keragaman budaya, keterbatasan sumber daya, koordinasi perawatan, dan aspek emosional, dapat menghambat pelaksanaan inovasi dan memberikan kompleksitas dalam memberikan perawatan yang efektif. Mengatasi tantangan-tantangan ini memerlukan pemahaman yang mendalam tentang dinamika keluarga, keterampilan komunikasi yang kuat, dan kemampuan untuk beradaptasi dengan situasi yang bervariasi. Penting bagi perawat keluarga untuk menggabungkan pendekatan inovatif dengan kemampuan dalam menghadapi tantangan yang muncul. Pemanfaatan teknologi, pendekatan berbasis bukti, dan pemberdayaan keluarga dapat membantu mengatasi beberapa tantangan yang ada. Namun, aspek-aspek seperti empati, keterampilan komunikasi, dan pemahaman mendalam tentang kebutuhan individu dan keluarga tetap menjadi fondasi utama dalam memberikan perawatan keluarga yang efektif (Kelley *et al.*, 2023).

Dalam menghadapi dinamika inovasi dan tantangan, perawat keluarga memiliki peran sentral dalam memastikan bahwa anggota keluarga menerima perawatan yang berkualitas, disesuaikan dengan kebutuhan mereka, dan berfokus pada kesejahteraan keseluruhan. Dengan pendekatan yang holistik, responsif, dan berkolaborasi, perawat keluarga dapat mempengaruhi secara positif perawatan kesehatan anggota keluarga dan menghasilkan dampak yang signifikan dalam masyarakat.

9.2 Inovasi dalam Keperawatan Keluarga

Inovasi dalam keperawatan keluarga merujuk pada pengembangan dan penerapan ide, konsep, teknologi, atau pendekatan baru yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas,

efektivitas, dan efisiensi asuhan kesehatan yang diberikan kepada individu dan keluarga. Inovasi ini berfokus pada cara-cara baru atau yang lebih baik untuk memberikan perawatan yang holistik, menyeluruh, dan berkelanjutan kepada anggota keluarga. Inovasi dalam keperawatan keluarga dapat mencakup berbagai bidang, termasuk teknologi kesehatan, pendekatan berbasis bukti, pendidikan kesehatan, manajemen penyakit, komunikasi, dan banyak lagi. Tujuannya adalah untuk mengatasi tantangan yang mungkin dihadapi dalam perawatan keluarga, meningkatkan hasil kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup anggota keluarga (Pulubuhu, Sudirman and Paneo, 2023).

Contoh inovasi dalam keperawatan keluarga meliputi penggunaan telemedicine untuk konsultasi jarak jauh, pengembangan aplikasi kesehatan untuk pemantauan kondisi kesehatan, pendekatan pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan keterlibatan dalam perawatan, dan penggunaan sistem informasi kesehatan elektronik untuk mengelola informasi medis dengan lebih efisien. Inovasi dalam keperawatan keluarga tidak hanya membantu perawat keluarga dalam memberikan perawatan yang lebih baik, tetapi juga dapat mengoptimalkan hasil kesehatan anggota keluarga dengan memanfaatkan kemajuan teknologi, penelitian terbaru, dan pendekatan yang lebih terinformasi. Inovasi dalam keperawatan keluarga terus berkembang seiring dengan kemajuan teknologi, perubahan budaya, dan perkembangan praktik perawatan kesehatan. Berikut adalah beberapa contoh inovasi dalam keperawatan keluarga:

1. Telehealth dan Telemedicine; Teknologi telehealth memungkinkan perawat keluarga untuk memberikan perawatan jarak jauh melalui platform komunikasi digital. Ini termasuk konsultasi medis, pemantauan kondisi kesehatan, dan penyuluhan melalui panggilan video atau pesan teks.
2. Aplikasi Kesehatan, Aplikasi kesehatan di smartphone memberikan akses mudah untuk melacak kondisi kesehatan anggota keluarga, mengatur jadwal obat, dan memberikan informasi tentang gaya hidup sehat.

3. Sistem Informasi Kesehatan Elektronik (EHR), EHR memungkinkan perawat keluarga untuk mengakses riwayat medis anggota keluarga secara efisien, berkolaborasi dengan profesional medis lainnya, dan memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan.
4. Pemantauan Kesehatan Berbasis Sensor, Sensor kesehatan yang dapat dikenakan atau ditempatkan di rumah memungkinkan pemantauan real-time terhadap tanda-tanda vital dan kondisi kesehatan. Data ini dapat membantu perawat keluarga untuk mengambil tindakan lebih awal jika ada perubahan yang signifikan.
5. Pendidikan Kesehatan Interaktif, Inovasi dalam pendidikan kesehatan menggunakan teknologi interaktif seperti video animasi, simulasi, dan konten digital lainnya. Hal ini membantu perawat keluarga dalam memberikan edukasi yang lebih menarik dan mudah dipahami kepada anggota keluarga.
6. Pendekatan Berbasis Bukti Digital, Akses mudah terhadap penelitian medis dan informasi medis dapat membantu perawat keluarga dalam membuat keputusan yang lebih baik berdasarkan bukti ilmiah.
7. Perawatan Kolaboratif Online, Platform kolaboratif online memungkinkan perawat keluarga, pasien, dan profesional medis untuk berinteraksi dan berdiskusi tentang perawatan, diagnosis, dan rencana pengobatan.
8. Pemberdayaan Pasien dan Keluarga, Inovasi ini mendorong keterlibatan aktif anggota keluarga dalam perawatan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan, dengan memberikan informasi yang komprehensif dan pemahaman yang lebih baik tentang kondisi kesehatan,
9. Konseling Online dan Dukungan Emosional, Layanan konseling dan dukungan emosional online dapat membantu keluarga dalam mengatasi stres dan tantangan terkait perawatan, terutama dalam situasi yang kompleks.
10. Genomika dan Personalisasi Perawatan, Kemajuan dalam genomika memungkinkan perawatan kesehatan yang lebih

dipersonalisasi berdasarkan faktor genetik keluarga, membantu dalam pencegahan dan manajemen penyakit.

Inovasi dalam keperawatan keluarga ini memberikan peluang baru dalam memberikan perawatan yang lebih baik, efisien, dan terjangkau. Namun, penting bagi perawat keluarga untuk tetap memiliki pendekatan yang holistik dan berfokus pada aspek emosional, sosial, dan budaya dalam praktik mereka. Inovasi dalam keperawatan keluarga merujuk pada pengembangan dan penerapan ide, metode, teknologi, atau pendekatan baru yang membawa perubahan positif dalam memberikan perawatan kesehatan kepada individu dan keluarga. Inovasi ini bertujuan untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan kualitas perawatan, serta memberikan respons terhadap perubahan lingkungan sosial, teknologi, dan budaya. Inovasi dalam keperawatan keluarga penting untuk terus mengikuti perkembangan dunia kesehatan dan masyarakat, sehingga perawatan yang diberikan tetap relevan dan berdampak positif pada kesehatan dan kesejahteraan keluarga (Waruwu, Purnomo and Hadiwijoyo, 2022).

Dapat disimpulkan Inovasi dalam keperawatan keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas perawatan kesehatan bagi individu dan keluarga. Perkembangan teknologi, pengetahuan ilmiah, dan perubahan dalam dinamika sosial telah membuka peluang baru untuk merancang pendekatan perawatan yang lebih efektif, responsif, dan berfokus pada kesejahteraan keluarga secara holistik. Inovasi seperti teknologi telehealth, pendekatan berbasis bukti, dan pendekatan pemberdayaan keluarga memungkinkan perawat keluarga untuk memberikan perawatan yang lebih efisien, berkualitas, dan berfokus pada partisipasi aktif anggota keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan. Pemanfaatan teknologi kesehatan, seperti aplikasi kesehatan dan sensor pemantauan, memungkinkan pemantauan kondisi kesehatan secara real-time dan memberikan informasi yang lebih akurat. Namun, dalam menghadapi inovasi, penting untuk mengatasi tantangan seperti keragaman budaya dalam keluarga, keterbatasan sumber daya, dan kompleksitas kolaborasi dalam

tim perawatan (Talley *et al.*, 2023). Menghadapi tantangan ini dengan solusi yang kreatif dan pendekatan yang holistik menjadi kunci dalam menjalankan praktik keperawatan keluarga yang sukses. Penting bagi perawat keluarga untuk terus mengembangkan pengetahuan dan keterampilan mereka, serta tetap sensitif terhadap perubahan dalam praktik perawatan kesehatan dan kebutuhan keluarga. Dengan menggabungkan inovasi dengan pemahaman mendalam tentang dinamika keluarga, perawat keluarga dapat memainkan peran yang signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan keluarga di era modern ini.

9.3 Tantangan dalam Keperawatan Keluarga

Tantangan dalam keperawatan keluarga merupakan bagian tak terpisahkan dari praktik perawatan yang komprehensif. Menjalankan peran sebagai perawat keluarga melibatkan penanganan berbagai kendala dan hambatan yang dapat memengaruhi efektivitas dan kualitas perawatan yang diberikan kepada individu dalam konteks keluarga (Suprpto, Mulat and Lalla, 2021). Tantangan-tantangan tersebut mencakup beragam aspek, seperti keragaman budaya dalam keluarga yang mempengaruhi pandangan tentang kesehatan, keterbatasan sumber daya yang memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan, kompleksitas kondisi kesehatan yang memerlukan manajemen yang baik, serta kesulitan emosional dalam menghadapi situasi kesehatan yang serius.

Penting bagi perawat keluarga untuk mengakui dan memahami tantangan-tantangan ini dengan baik. Dengan melibatkan keluarga sebagai mitra dalam perawatan, membangun hubungan yang kuat dan terbuka, serta mengadopsi pendekatan berbasis bukti dan pengetahuan yang mendalam tentang budaya, perawat keluarga dapat mengatasi tantangan ini dengan lebih baik. Kesensitifan terhadap aspek emosional dan keterampilan komunikasi yang baik juga penting untuk membantu keluarga dalam mengatasi ketidakpastian, kecemasan, dan stres yang sering muncul dalam situasi perawatan yang kompleks. Dalam menghadapi tantangan-tantangan ini, perawat keluarga berperan

penting dalam memberikan dukungan, edukasi, dan perawatan yang bermakna bagi keluarga. Dengan pendekatan yang holistik dan responsif terhadap kebutuhan keluarga, perawat keluarga dapat membantu meringankan beban dan menjadikan perjalanan perawatan lebih lancar, mendukung kesejahteraan keluarga secara keseluruhan (Suriyani, 2023).

Tantangan dalam keperawatan keluarga merujuk pada berbagai hambatan, kendala, atau situasi kompleks yang bisa muncul dalam memberikan perawatan kesehatan kepada individu dalam konteks keluarga. Tantangan ini dapat bersifat fisik, emosional, sosial, atau praktis, dan sering kali memerlukan upaya dan solusi yang kreatif dari perawat keluarga. Dalam konteks keperawatan keluarga, tantangan dapat meliputi:

1. Keragaman Keluarga dan Budaya: Perbedaan budaya, kepercayaan, dan nilai-nilai dalam keluarga dapat mempengaruhi persepsi tentang kesehatan, penyakit, dan cara pengobatan. Perawat keluarga harus peka terhadap perbedaan ini untuk memberikan perawatan yang sesuai dan menghormati nilai-nilai keluarga.
2. Keterbatasan Sumber Daya: Keterbatasan finansial, akses terhadap layanan kesehatan, dan ketersediaan fasilitas medis dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang dapat diberikan kepada keluarga.
3. Kompleksitas Kondisi Kesehatan: Merawat anggota keluarga dengan kondisi kesehatan kronis atau kompleks seperti penyakit kronis atau disabilitas dapat menjadi tantangan dalam mengelola pengobatan dan perawatan sehari-hari.
4. Koordinasi Perawatan: Terutama ketika berbagai profesional kesehatan terlibat, koordinasi perawatan menjadi penting. Tantangan ini melibatkan penyatuan berbagai aspek perawatan untuk memastikan keluarga mendapatkan perawatan yang koheren dan efektif.
5. Kesulitan Emosional: Tantangan emosional mungkin muncul ketika merawat anggota keluarga dengan kondisi serius atau terminal. Perawat keluarga perlu mendukung keluarga dalam menghadapi stres, kecemasan, dan perubahan emosional.

6. Perubahan Gaya Hidup: Mengubah gaya hidup anggota keluarga, seperti mengadopsi pola makan yang lebih sehat atau meningkatkan aktivitas fisik, bisa menjadi tantangan dalam mengelola kondisi kesehatan.
7. Pengambilan Keputusan Kesehatan: Tantangan ini muncul ketika keluarga harus membuat keputusan yang sulit terkait perawatan medis atau pengobatan, terutama jika terdapat konflik nilai-nilai atau preferensi yang berbeda dalam keluarga.
8. Perawatan pada Tahap Akhir Kehidupan: Merawat anggota keluarga pada tahap akhir kehidupan bisa menjadi tantangan emosional dan fisik yang signifikan.

Tantangan-tantangan ini dapat mempengaruhi kemampuan perawat keluarga dalam memberikan perawatan yang optimal. Oleh karena itu, perawat keluarga perlu memiliki pemahaman yang mendalam tentang dinamika keluarga, keterampilan komunikasi, dan kemampuan untuk mengatasi hambatan dengan solusi yang efektif dan mendukung.

Tantangan dalam keperawatan keluarga memiliki dampak yang signifikan terhadap cara perawat memberikan asuhan kesehatan kepada individu dalam lingkungan keluarga. Dalam menghadapi tantangan-tantangan ini, perawat keluarga harus mengambil pendekatan yang komprehensif, empatik, dan kreatif untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan tetap berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan keluarga. Merawat individu dalam konteks keluarga melibatkan sejumlah tantangan, termasuk keragaman budaya dan nilai-nilai keluarga yang dapat mempengaruhi persepsi tentang kesehatan. Keterbatasan sumber daya, baik finansial maupun akses terhadap layanan, juga dapat memengaruhi kemampuan keluarga dalam mendapatkan perawatan yang optimal. Perawatan kondisi kesehatan kronis atau kompleks, seperti penyakit kronis atau disabilitas, juga memerlukan penanganan yang cermat dan berkelanjutan (Yunita *et al.*, 2023).

Tantangan lainnya melibatkan koordinasi perawatan yang efektif, terutama ketika berbagai profesional kesehatan

terlibat dalam perawatan keluarga. Aspek emosional juga menjadi tantangan, terutama ketika merawat anggota keluarga dengan kondisi serius atau pada tahap akhir kehidupan. Pengambilan keputusan terkait perawatan medis juga bisa menjadi kompleks, terutama jika ada perbedaan pendapat dalam keluarga. Penting bagi perawat keluarga untuk memiliki keterampilan komunikasi yang kuat, kemampuan untuk memahami dinamika keluarga, serta fleksibilitas dalam merancang perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai keluarga. Dalam menghadapi tantangan, perawat keluarga dapat berperan sebagai pendukung, fasilitator, dan pemberi informasi yang membantu keluarga mengatasi hambatan-hambatan yang ada. Dengan memahami dan mengatasi tantangan-tantangan ini, perawat keluarga dapat menjalankan peran mereka secara efektif dalam membantu keluarga mencapai kesejahteraan dan kesehatan optimal. Dengan pendekatan yang holistik, sensitif terhadap budaya, dan responsif terhadap perubahan, perawat keluarga dapat memainkan peran yang krusial dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

Tantangan dalam keperawatan keluarga adalah realitas kompleks yang dapat mempengaruhi proses perawatan dan kesejahteraan anggota keluarga secara signifikan. Dalam upaya memberikan asuhan kesehatan yang holistik, perawat keluarga harus menghadapi berbagai hambatan yang berasal dari faktor budaya, sosial, finansial, emosional, dan praktis. Mengatasi tantangan-tantangan ini memerlukan pemahaman yang mendalam, kerjasama, dan solusi yang kreatif. Dalam menghadapi tantangan dalam keperawatan keluarga, perawat perlu menggabungkan pengetahuan, etika, dan keterampilan yang kuat untuk memberikan perawatan yang efektif dan mendukung. Dengan memahami dinamika keluarga dan bekerja secara kolaboratif, perawat keluarga dapat membantu mengatasi hambatan-hambatan ini dan memberikan dampak positif pada kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Tantangan dalam keperawatan keluarga adalah faktor-faktor yang dapat menghambat atau menghadirkan kompleksitas dalam

memberikan perawatan kesehatan kepada individu dalam lingkungan keluarga. Memahami dan mengatasi tantangan-tantangan ini merupakan bagian integral dari praktik perawatan keluarga yang efektif dan holistik (Giordano *et al.*, 2021).

Tantangan-tantangan seperti keragaman budaya dalam keluarga, keterbatasan sumber daya, kompleksitas kondisi kesehatan, dan kesulitan emosional dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan. Penting bagi perawat keluarga untuk memahami latar belakang budaya dan nilai-nilai keluarga sehingga perawatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan individu dan keluarga. Koordinasi perawatan menjadi semakin penting dalam lingkungan interprofesional yang melibatkan berbagai profesional medis. Mengatasi tantangan ini memerlukan komunikasi yang efektif dan koordinasi yang baik untuk memastikan perawatan yang koheren dan terintegrasi. Tantangan emosional dan pengambilan keputusan kesehatan juga menjadi aspek penting yang harus diatasi. Perawat keluarga memiliki peran penting dalam memberikan dukungan emosional kepada keluarga yang menghadapi situasi sulit, serta membantu mereka dalam pengambilan keputusan yang penuh pemahaman dan pertimbangan. Tantangan-tantangan ini juga memberikan peluang bagi perawat keluarga untuk mengembangkan keterampilan komunikasi yang lebih baik, meningkatkan pemahaman mereka tentang faktor sosial dan budaya yang memengaruhi perawatan, dan mengembangkan pendekatan yang lebih sensitif dan holistik dalam memberikan perawatan kesehatan.

Dalam menghadapi tantangan-tantangan ini, perawat keluarga dapat memainkan peran yang signifikan dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan keluarga, serta membantu mereka mengatasi hambatan-hambatan yang mungkin muncul dalam perjalanan perawatan. Dengan pendekatan yang empatik, responsif, dan berfokus pada individu, perawat keluarga dapat memberikan peran yang penting dalam merawat keluarga dengan penuh perhatian dan kasih sayang. Dalam praktik keperawatan keluarga, inovasi dan

tantangan saling berhubungan dan membentuk dinamika yang penting dalam memberikan perawatan yang berkualitas dan holistik kepada individu dalam konteks keluarga. Inovasi dalam keperawatan keluarga, seperti penggunaan teknologi kesehatan, pendekatan berbasis bukti, dan pemberdayaan keluarga, memberikan peluang baru dalam meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan kualitas perawatan. Kemajuan teknologi memungkinkan perawat keluarga untuk memantau kondisi kesehatan, memberikan edukasi jarak jauh, dan berkolaborasi dengan berbagai profesional medis secara lebih efisien. Namun, dengan inovasi juga datang tantangan. Keragaman budaya dalam keluarga, keterbatasan sumber daya, kompleksitas perawatan kronis, dan dilema etis dalam pengambilan keputusan kesehatan adalah contoh tantangan yang dapat memengaruhi perawatan keluarga. Mengatasi tantangan-tantangan ini memerlukan pemahaman mendalam tentang dinamika keluarga, keterampilan komunikasi yang baik, dan solusi kreatif.

Kesimpulannya, perawat keluarga perlu menggabungkan inovasi dengan pemahaman yang kuat tentang tantangan-tantangan yang muncul. Dengan melakukannya, mereka dapat memberikan perawatan kesehatan yang lebih terarah, berfokus pada individu dan keluarga, serta responsif terhadap perkembangan dunia medis dan sosial. Dalam mengatasi tantangan dan memanfaatkan inovasi, perawat keluarga berperan penting dalam memastikan kesejahteraan keluarga dan memajukan praktik perawatan kesehatan yang lebih baik di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badriah, S. 2021. 'Model Keperawatan Keluarga Peka Budaya Sunda dalam Meningkatkan Pengetahuan Keluarga dan Menurunkan Kadar Gula Darah pada Diabetisi Lansia', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), pp. 329–336. doi: 10.31539/jks.v4i2.1915.
- Febriana, D. V. 2017. *Konsep Dasar Keperawatan*. Anak Hebat Indonesia.
- Giordano, N. A. *et al.* 2021. 'Opportunities and challenges presented by recent pedagogical innovations in doctoral nursing education', *Journal of Professional Nursing*, 37(1), pp. 228–234. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.09.003.
- Kaparang, G. F. and Ruku, D. M. 2022. 'Tren dan Tantangan dalam Era Keperawatan Digital: Apa yang harus diantisipasi perawat', *LITERATUS*, 4(3), pp. 1039–1043.
- Kelley, T. *et al.* 2023. 'The feasibility of a visiting professorship to introduce innovation into nursing education', *Nursing Outlook*, 71(3), p. 101987. doi: 10.1016/j.outlook.2023.101987.
- Minannisa, C. 2020. 'Konsep Dasar Dan Langkah-Langkah Proses Keperawatan'.
- Pulubuhu, H., Sudirman, A. N. A. and Paneo, I. 2023. 'Asuhan Keperawatan Keluarga Dalam Meningkatkan Kemandirian Keluarga Dengan Penerapan Health Belief Model Di Desa Mongolato', *BIMIKI (Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia)*, 11(1), pp. 24–31.
- Rindiantika, E. 2019. 'Hubungan Kompetensi Keperawatan Lintas Budaya Dengan Komunikasi Terapeutik Perawat DI Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi Kabupaten Jember'. Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Suprpto, S. 2022. 'Perilaku Perawat dalam Perawatan Paliatif di Era Pandemic Covid-19', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), pp. 70–74. doi: 10.35816/jiskh.v11i1.707.

- Suprpto, S. *et al.* 2023. 'Application of Range of Motion in Stroke Patients with Impaired Physical Mobility', *Jurnal Edukasi Ilmiah Kesehatan*, 1(2), pp. 43–48. doi: 10.61099/junedik.v1i2.13.
- Suprpto, S., Mulat, T. C. and Lalla, N. S. N. 2021. 'Nurse competence in implementing public health care', *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 10(2), p. 428. doi: 10.11591/ijphs.v10i2.20711.
- Suriyani, F. I. H. · S. · R. P. · N. · I. T. · M. H. B. · E. S. · D. P. E. · F. K. · K. S. · W. O. R. · E. M. · 2023. 'Keperawatan Paliatif'. [https://play.google.com/store/books/details ...](https://play.google.com/store/books/details...)
- Talley, M. H. *et al.* 2023. 'Innovations in Academic/Clinical Partnerships During COVID-19 to Prepare a Ready Nursing Workforce', *Journal of Nursing Regulation*, 14(1), pp. 59–63. doi: 10.1016/S2155-8256(23)00069-8.
- Waruwu, K. M., Purnomo, D. and Hadiwijoyo, S. S. 2022. 'Bonus Demografi Dalam Aspek Keluarga Berencana (KB) Peluang Dan Tantangan Kota Salatiga', *Jurnal Ilmiah Muqoddimah: Jurnal Ilmu Sosial, Politik dan Hummanioramania*, 6(1), p. 273. doi: 10.31604/jim.v6i1.2022.273-287.
- Yunita, L. *et al.* 2023. 'Efektif Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis', *Journal of Health (JoH)*, 10(2), pp. 186–193.

BAB 10

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DALAM PENINGKATAN PHBS TATANAN RUMAH TANGGA

Oleh Esti Nur Janah

10.1 Pendahuluan

PHBS (Perilaku hidup bersih dan sehat) di tatanan rumah tangga ialah seluruh perilaku menjaga kebersihan serta Kesehatan yang dijalankan oleh semua anggota keluarga, dengan kata lain keluarga ikut serta dalam menjaga kebersihan serta Kesehatan secara mandiri dengan penuh kesadaran masing-masing anggota dalam upaya turut aktif dalam berbagai kegiatan di bidang kesehatan untuk membangun Kesehatan Masyarakat. Sasaran PHBS di tatanan rumah tangga ialah remaja dan anak, ibu menyusui dan ibu hamil, pasangan usia subur serta pengasuh anak dan lansia (Permenkes, 2011).

Kesehatan bisa diperoleh dengan mengubah perilaku yang awalnya tidak sehat supaya menjadi perilaku yang sehat serta mewujudkan lingkungan yang mendukung kesehatan di dalam keluarga. Keluarga yang menerapkan PHBS ialah keluarga yang bertanggung jawab dalam meningkatkan, menjaga, serta mempertahankan kesehatan seluruh anggota keluarganya dari resiko adanya penyakit serta lingkungan yang tidak mendukung kesehatan. Implementasi PHBS di lingkungan rumah tangga ialah tanggung jawab bersama dari seluruh anggota keluarga, pemerintah, serta lembaga terkait dalam memfasilitasi aktivitas PHBS.

10.2 PHBS di Tatanan Rumah Tangga

10.2.1 Definisi

PHBS di Rumah ialah upaya dalam memberdayakan anggota keluarga sehingga mereka memiliki pengetahuan, kesadaran, serta keterampilan untuk menerapkan gaya hidup sehat dan bersih, serta aktif dalam kegiatan kesehatan komunitas.

Menurut Peraturan Menkes RI No 2269/Menkes/Per/XI/2011, PHBS di lingkungan rumah tangga mencakup tindakan seperti melahirkan dengan bantuan tenaga medis, memberikan ASI eksklusif kepada bayi, memakai air bersih, menimbang balita di setiap bulan, mencuci tangan memakai sabun, mengelola air minum serta makanan dengan baik di rumah, menggunakan toilet yang higienis, mengelola limbah cair di rumah, membuang sampah pada tempatnya, memerangi nyamuk, mengonsumsi buah serta sayur setiap hari, berolahraga secara teratur, serta menghindari merokok di dalam rumah.

10.2.2 Tujuan PHBS

Tujuan PHBS di rumah tangga:

1. Memperkuat dukungan serta partisipasi aktif dari tenaga kesehatan, berbagai sektor, media, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat, PKK, serta pihak-pihak yang menyediakan dana untuk mempromosikan PHBS di lingkungan rumah tangga.
2. Meningkatkan pemahaman, keterampilan, serta motivasi anggota keluarga dalam menerapkan PHBS serta berperan aktif pada kegiatan kesehatan masyarakat.

10.2.3 Sasaran PHBS

Sasaran dari PHBS ini ialah semua anggota keluarga yakni remaja dan anak, ibu menyusui ataupun ibu hamil, pasangan usia subur, lanjut usia serta pengasuh anak (Permenkes, 2011).

Adapun peran anggota keluarga dalam menjalankan PHBS ialah:

1. Melaksanakan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) di lingkungan rumah sehari-hari.

2. Mengajak anggota keluarga lain untuk bersama-sama menerapkan UKBM melalui kelompok DASAWISMA.
3. Berpartisipasi aktif dalam kegiatan masyarakat yang berkaitan dengan UKBM, seperti kehadiran di Posyandu, berpartisipasi dalam kampanye pemberantasan sarang nyamuk, serta sebagainya.
4. Menjadi seorang kader yang memberdayakan anggota keluarga dengan kolaborasi tim melalui kegiatan penyuluhan individu, penyuluhan kelompok, serta penyuluhan kepada masyarakat luas.

10.2.4 Indikator PHBS

Indikator PHBS pada tatanan rumah tangga ada sepuluh, yakni;

1. Membantu dalam proses persalinan oleh tenaga medis,
2. Pemberian ASI eksklusif untuk bayi,
3. Menimbang berat badan balita di setiap bulan,
4. Ketersediaan sumber air bersih,
5. Mencuci tangan dengan air dan sabun (CTPS),
6. memakai toilet sehat,
7. Menjalankan pemberantasan jentik nyamuk sekali seminggu,
8. Tidak merokok di rumah,
9. Menjalankan aktivitas fisik setiap hari, serta
10. Mengonsumsi buah serta sayur di setiap hari.

Untuk menjalankan penilaian rumah tangga yang sehat, beberapa mengelompokkan 10 indikator PHBS ini menjadi 7 indikator PHBS serta 3 indikator GHS (Gaya Hidup Sehat), yang akan diuraikan seperti berikut:

Tujuh (7) Indikator PHBS:

1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, yakni pertolongan pertama pada persalinan di rumah tangga ditolong oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan perawat).
2. ASI eksklusif untuk bayi, yakni bayi umur 0-6 bulan hanya diberikan ASI/ASIP saja sejak lahir sampai umur 6 bulan tanpa diberikan air putih.

3. Mempunyai jaminan kesehatan, yakni semua anggota keluarga memiliki upaya penjaminan kesehatan baik dari pemerintah maupun swasta seperti asuransi kesehatan swasta, BPJS, maupun asuransi lainnya.
4. Adanya air bersih, yakni rumah tangga mempunyai akses mendapatkan air bersih serta bisa mempergunakan untuk kebutuhan sehari-hari baik dari sumur ledeng terlindungi, mata air, perusahaan air minum, air kemasan atau air pompa maupun penadah hujan. Kondisi sumber air tersebut terlindungi serta berjarak lebih dari 10 meter dari tempat pembuangan kotoran atau limbah.
5. Menggunakan jamban sehat, ialah rumah tangga memiliki fasilitas jamban minimal berleher angsa serta tempat pembuangan berupa septic tank sebagai pembuangan akhir.
6. Kesesuaian luas lantai dengan penghuni, yakni jumlah luas seluruh hunian/rumah dibagi dengan jumlah penghuni yang tinggal. Normalnya jumlah luas lantai tidak boleh kurang dari 9 meter²/penghuninya (tiap penghuni minimal 9 m²).
7. Lantai rumah bukan tanah, yakni rumah tangga yang menghuni rumah dengan lantai dasarnya ialah dari semen, papan kayu, keramik, ubin atau material lain selain tanah dan mudah dibersihkan.

Tiga (3) Indikator Gaya Hidup Sehat (GHS):

1. Tidak merokok saat berada di rumah, yakni anggota rumah tangga dengan usia di atas 10 tahun tidak menjalankan kegiatan merokok di dalam rumah terutama saat bersama dengan anggota keluarga lain.
2. Aktifitas fisik setiap hari, ialah anggota rumah tangga dengan usia di atas 10 tahun menjalankan aktifitas fisik (baik sedang maupun berat) setiap hari minimal 30 menit dalam satu minggu terakhir.
3. Makan buah dan sayuran, yakni anggota keluarga/rumah tangga dengan usia di atas 10 tahun mengkonsumsi setidaknya dua porsi sayuran serta tiga porsi buah ataupun sebaliknya, setiap hari dalam satu minggu terakhir.

Indikator keberhasilan program PHBS di lingkungan rumah tangga terdiri dari 10 indikator yang dikelompokkan dalam 4 tingkatan ataupun kategori, yakni: Sehat I, Sehat II, Sehat III, serta Sehat IV. Ini sesuai dengan tujuan pemerintah untuk mencapai tingkat Sehat IV pada penduduk Indonesia. (Kemenkes, 2016).

10.2 Strategi Promosi Kesehatan Dalam Peningkatan PHBS Tataan Rumah Tangga

Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah tangga termasuk langkah penting untuk mendorong dan memberdayakan keluarga atau anggota rumah tangga supaya menerapkan PHBS. Dalam konteks ini, PHBS di rumah tangga bertujuan untuk memberdayakan seluruh anggota keluarganya ataupun anggota rumah tangga supaya memiliki pengetahuan, kemauan, serta keterampilan untuk menjaga kesehatan mereka sendiri. Hal ini mencakup usaha-usaha untuk menciptakan lingkungan yang sehat serta mengatasi dan mencegah permasalahan kesehatan, memanfaatkan layanan kesehatan yang ada dan berperan secara aktif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan mengembangkan inisiatif kesehatan yang berasal dari masyarakat itu sendiri. Oleh karenanya, implementasi PHBS di rumah tangga dimulai dari unit terkecil, seperti RT, RW, Dusun, kampung, Desa/Kelurahan.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) mencakup semua tindakan kesehatan yang dijalankan secara sadar, oleh karenanya anggota keluarga ataupun rumah tangga bisa berkontribusi dalam menjaga kesehatan mereka sendiri serta berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan masyarakat. Dalam kerangka PHBS, juga terdapat pendekatan aplikasi untuk memberikan peningkatan sikap, pengetahuan serta perilaku dengan melibatkan dukungan sosial serta pemberdayaan masyarakat. Sebagaimana diuraikan oleh Proverawati serta Rahmawati pada tahun 2012.

Berdasarkan panduan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang disusun oleh Notoatmodjo pada tahun 2007, strategi promosi kesehatan secara global mencakup berbagai unsur, yakni:

10.2.1 Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat ialah suatu strategi promosi yang bertujuan untuk berinteraksi langsung dengan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat termasuk gerakan yang berasal dari, dijalankan oleh, serta ditujukan untuk masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, tujuan pemberdayaan ialah untuk mendorong masyarakat agar lebih menyadari, bersedia, serta memiliki keterampilan untuk menjaga perilaku serta kesehatan.

Dalam usaha promosi kesehatan, pada dasarnya pemberdayaan memiliki peran yang penting serta dapat dikatakan sebagai aspek yang mendasar. Pemberdayaan termasuk proses yang mengarahkan masyarakat supaya mempunyai peran yang baik dalam mengambil keputusan serta melaksanakan tindakan yang berhubungan dengan kesehatan mereka.

Pemberdayaan termasuk proses penyediaan berbagai informasi secara berkelanjutan kepada kelompok sasaran keluarga ataupun individu sambil membantu mereka untuk berubah dari yang awalnya tidak tahu supaya menjadi tahu serta dari bersedia menjadi mampu menerapkan tindakan yang diajarkan (praktik). Oleh karena itu, pemberdayaan bisa dibagi menjadi (a) pemberdayaan individu, (b) pemberdayaan keluarga, serta (c) pemberdayaan kelompok atau masyarakat, tergantung pada sasaran yang ditentukan.

Pemberdayaan akan berhasil apabila dijalankan dengan melalui kemitraan serta memakai metode dan teknik yang benar. Banyak LSM sekarang ini yang bergerak di bidang kesehatan ataupun peduli terhadap kesehatan masyarakat. Harapannya LSM ini bisa menjalankan kerjasama dengan mereka ataupun dengan pemerintah supaya usaha pemberdayaan masyarakat ini bisa berhasil serta bisa optimal. Sesudah itu, metode dan media komunikasi yang sesuai akan ditentukan sesuai dengan karakteristik sasaran, situasi, serta kondisi yang ada.

10.2.2 Bina Suasana

Bina suasana ialah usaha mewujudkan lingkungan yang mendukung praktik gaya hidup yang bersih serta sehat. Gaya hidup yang bersih serta sehat bisa terwujud apabila lingkungan

mendukungnya. Lingkungan ini mencakup aspek fisik, sosial budaya, politik, serta ekonomi.

Bina suasana ialah usaha untuk menciptakan lingkungan sosial ataupun pandangan yang mendukung seseorang dalam masyarakat dalam menghadapi perilaku yang dianjurkan. Individu akan termotivasi untuk mengikuti suatu tindakan jika lingkungan sosial di sekitarnya, seperti keluarga di rumah, tokoh yang diidolakannya, kelompok arisan, masyarakat umum serta majelis agama mempunyai pandangan yang positif pada perilaku itu.

Ada 3 kategori proses bina suasana, yakni

1. Bina suasana individu

Bina suasana individu dijalankan oleh berbagai tokoh masyarakat. Seluruh tokoh masyarakat menjadi contoh serta teladan pada perilaku yang senantiasa diperkenalkan seperti tidak merokok misalnya seorang pemuka agama ataupun kepala sekolah. Bahkan adanya kemauan untuk menjadi kader serta berperan dalam menyebarkan informasi serta mewujudkan lingkungan dalam mendukung perubahan perilaku seseorang.

2. Bina suasana kelompok,

Bina suasana kelompok dijalankan oleh beberapa kelompok yang terdapat dalam masyarakat misalnya pengurus RW, RT, majelis pengajian, organisasi profesi, kelompok seni, organisasi wanita, Pramuka, organisasi mahasiswa, Serikat pekerja, organisasi pemuda serta lain sebagainya. Proses pembangunan ini melibatkan berbagai tokoh masyarakat yang sudah menunjukkan kepedulian. Pada konteks ini berbagai kelompok itu menjadi entitas yang memahami serta mendukung tindakan yang tengah diperkenalkan. Dukungan ini bisa mencakup kesediaan kelompok untuk mengimplementasikan perilaku tersebut, memperjuangkan kepentingan terkait, serta menjalankan pengawasan sosial terhadap anggotanya.

3. Bina suasana publik.

Masyarakat umum berperan dalam menciptakan suasana publik dengan melalui kerjasama serta penggunaan media komunikasi misalnya radio, televisi, surat kabar, situs web,

majalah, serta lainnya. Hal ini bertujuan untuk membentuk pandangan yang bersamaan. Dalam hal ini, media massa berperan aktif dalam mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Oleh karena itu, media massa berkolaborasi untuk menyebarkan informasi mengenai perilaku tersebut dan menciptakan pandangan positif dari masyarakat tentang perilaku tersebut. Pandangan publik yang positif ini akan menjadi faktor yang mendorong atau memberikan tekanan sosial kepada berbagai individu di dalam masyarakat oleh karenanya mereka mau mengadopsi perilaku yang tengah diperkenalkan.

10.2.3 Advokasi

Advokasi ialah pendekatan pada para pemegang kebijakan dengan tujuan mengembangkan kebijakan publik yang berkaitan dengan kesehatan. Tujuannya ialah menciptakan kebijakan serta peraturan khusus mengenai upaya hidup bersih serta sehat, serta mendapatkan alokasi dukungan dana atau sumber daya lain. Strategi advokasi bisa dijalankan melalui negosiasi, lobi, dialog, perdebatan, petisi, seminar, serta lainnya.

Advokasi kesehatan ini mempunyai maksud untuk menambah jumlah kebijakan publik yang berfokus pada kesehatan serta meningkatkan dukungan seluruh masyarakat pada kesehatan serta menyelesaikan permasalahan kesehatan dengan bersama-sama serta terintegrasi dengan upaya pembangunan kesehatan di berbagai daerah dengan melalui dukungan serta kemitraan dari pemerintah daerah yang peduli.

Advokasi termasuk usaha untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan memberdayakan promosi kesehatan secara umum. Materi advokasi harus disusun dengan cermat, yakni:

- a. Sesuai dengan minat serta perhatian kelompok yang diadvokasi.
- b. Memuat perumusan masalah serta alternatif solusi.
- c. Menggambarkan peran kelompok yang diadvokasi dalam penyelesaian masalah.
- d. Berlandaskan fakta atau berdasarkan bukti yang ada.

10.2.4 Dukungan Sosial

Dukungan sosial ialah suatu upaya yang mempunyai tujuan untuk memperoleh dukungan dari beberapa segmen masyarakat (seperti tokoh masyarakat) guna menjembatani pelaksanaan program di bidang kesehatan dengan para penerima program tersebut. Kegiatan promosi kesehatan bisa berhasil jika mendapat dukungan dari berbagai elemen, baik formal (seperti pejabat pemerintah serta petugas kesehatan) ataupun informal misalnya toko masyarakat, toko agama, serta tokoh adat). Tujuan dari kegiatan ini ialah menghubungkan sektor kesehatan menjadi pelaksana program dengan setiap masyarakat sebagai para penerima program kesehatan dengan harapan meningkatkan kesadaran, motivasi, serta kemampuan dalam menjalani gaya hidup bersih dan sehat. Dukungan sosial bisa berwujud dalam bentuk pelatihan bagi para kader, seminar, lokakarya, diskusi terbuka, serta sebagainya.

Strategi dasar ini didukung oleh lima kegiatan, yakni:

1. Menciptakan kebijakan publik yang berfokus pada kesehatan.
Kebijakan publik harus berkomitmen untuk menciptakan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat dan memudahkan masyarakat dalam menjalani kehidupan sehat. Kebijakan publik dalam sektor kesehatan harus berupaya menghasilkan dampak positif pada kesehatan, termasuk dalam hal perumahan, sanitasi, pekerjaan, transportasi, serta hiburan.
2. Menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan.
Lingkungan harus mendukung masyarakat dalam menjaga kesehatannya, mencakup tempat tinggal, sanitasi lingkungan, rumah, tempat kerja, fasilitas umum, serta akses ke layanan kesehatan.
3. Meningkatkan partisipasi masyarakat di bidang kesehatan.
Partisipasi masyarakat dijalankan dengan mengumpulkan sumber daya yang ada untuk memberi peningkatan kemampuan masyarakat untuk mengendalikan berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan di masyarakat.
4. Mengembangkan keterampilan individu dalam masyarakat.
Setiap anggota masyarakat harus mampu mengendalikan perilaku sehat mereka sendiri, melalui pengambilan keputusan,

pemecahan masalah, pemikiran kritis, peningkatan empati, kepercayaan diri, pengendalian emosi, serta penanganan stres.

5. Menjalankan reorientasi pada pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan harus diarahkan pada keseimbangan antara kebutuhan individu dan kebutuhan populasi, termasuk promosi kesehatan, pencegahan penyakit, diagnosis, pengobatan, perawatan, serta rehabilitasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aswadi, Muharti Syamsul, Sukfitrianty Syahrir. 2020. *Strategi Promosi Kesehatan dalam Peningkatan Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga di Puskesmas Polombangkeng Selatan Kabupaten Takalar*. Jurnal Higiene 6 (1),
- Damaiyanti, S., & Hardyanti, C. 2015. *Hubungan Pengetahuan Ibu Rumah Tangga dan Peran Kader Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Dalam Rumah Tangga Di Kelurahan Laing Wilayah Kerja Puskesmas Nan Balimo Kecamatan Tanjung Harapan Kota Solok Tahun 2014*. 'AFIYAH, 2(1)
- Herawati Harahap. 2023. *Promosi Kesehatan Memengaruhi Pola Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tatanan Rumah Tangga di Desa Bonan Dolok Kecamatan Batang Onang Kabupaten Padang Lawas Utara*. Journal of Educational Innovation and Public Health. Vol.1, No.1 Januari 2023, Hal 134-148
- Irawati dan Wahyuni, 2011. *Gambaran Karakteristik Keluarga tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tatanan Rumah Tangga di Desa Karangasem Wilayah Kerja Puskesmas Tanon II Sragen*. Jurnal Gaster Vol. 8 No. 02 Agustus 2011. pp : 741-749.
- Iwan Shalahuddin, Udin Rosidin , Furkon Nurhakim. 2018. *Pendidikan/Penyuluhan Kesehatan tentang PHBS Tatanan Rumah Tangga*. Iwan Shalahuddin : Pendidikan/Penyuluhan Kesehatan tentang PHBS Tatanan Rumah Tangga. MKK: Volume 1 No 2 November
- Kemenkes RI. 2011. *Panduan Pembinaan dan Penilaian Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Rumah Tangga Melalui Tim Penggerak PKK*. Edisi Revisi tahun 2011. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 2269/MENKES/PER/XI/2001 – Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Kholid Ahmad. 2014. *Promosi Kesehatan Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Kumalasari, 2011. *Hubungan Status Ekonomi Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Pada Tataan Rumah Tangga Di Dusun Rejosari Desa Ngijo Kecamatan Gunungpati Kota Semarang*. Under Graduates thesis, Universitas Negeri Semarang.
- Lintje Boekoesoe , Irwan, Rahayu Robiyah Veybe M. Yantu. 2018. *Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Tataan Rumah Tangga Ditinjau Dari Aspek Pengetahuan dan Status Ekonomi Masyarakat*. Fakultas Olahraga dan Kesehatan, Universitas Negeri Gorontalo.
- Mai Hayati, Donal Nababan, Jasmen Manurung. 2023. *Hubungan Strategi Promosi Kesehatan Dengan Tingkat PHBS Pada Tataan Rumah Tangga di Kecamatan Silih Nara*. Jurnal Assyifa'Vol 8 No. 1 Januari-Juni 2023
- Maryunani, Anik. 2013. *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: CV Trans Info Media
- Proverawati, A., & Rahmawati, E. 2012. *Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Siregar, A. 2009. *Penggerakan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Dan Keseahtan Ibu Dan Anak Di Rumah Tangga Pada Temu Kader Menuju Pemantapan Posyandu*. Jakarta.
- Situngkir, Decy. *Modul Dasar-dasar Promosi Kesehatan: Implementasi Promosi Kesehatan di Masyarakat*. Universitas Esa Unggul.

BIODATA PENULIS



Ns. Restu Iriani, S.Kep.,M.Kep.

Dosen tetap dan menjabat Wadir I Bidang Akademik di Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada RS Meilia Cibubur

Restu Iriani, Lahir di Sukabumi, 27 Januari 1983. Pendidikan yang penulis tempuh yaitu D.III Keperawatan di STIKes Persada Husada Indonesia Jakarta, S1 + Ners di Universitas Muhammadiyah Jakarta, S2 Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Anak di Universitas Muhammadiyah Jakarta Tahun 2017. Penulis pernah bekerja sebagai dosen tetap di STIKes Persada Husada Indonesia dari Tahun 2006- 2019 dan pernah menjabat sebagai Waket III Bidang Kemahasiswaan di STIKes Persada Husada Indonesia pada Tahun 2015- Juli 2019. Sekarang penulis sebagai dosen tetap dan menjabat Wadir I Bidang Akademik di Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada RS Meilia Cibubur dari Agustus 2019-Sekarang. Selain sebagai dosen tetap penulis juga aktif dalam melaksanakan penelitian, pengabdian masyarakat yang sudah dipublikasikan melalui jurnal Nasional maupun jurnal Internasional Bereputasi dan aktif sebagai penulis buku yang sudah diHAKI kan.

BIODATA PENULIS



Dr. Ady Purwoto, S.Kep., Ners., M.Kep., S.H., M.H.
Universitas Ibn Khaldun Bogor

Ady Purwoto lahir di Tegal Jawa Tengah. Putra Tunggal dari pasangan Bapak K.DJojo Soemarto dan Ibu Sariah Ia Menempuh pendidikan tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon untuk jenjang S1 Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Tahun 2015, Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia Kediri untuk jenjang S2 Magister Keperawatan Tahun 2022, Universitas Terbuka dan Universitas Wiraswasta Indonesia Jakarta untuk jenjang S1 Sarjana Hukum Tahun 2023, Universitas Swadaya Gunung Jati Cirebon untuk jenjang S2 Magister Hukum Tahun 2018 dan Universitas Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2022 Untuk jenjang S3 Doktor Hukum. Saat ini ia bekerja sebagai dosen tetap di Universitas Ibn Khaldun Bogor sebagai Dosen Hukum Dan Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada Jakarta Sebagai Dosen Keperawatan. Artikel yang ia tulis telah diterbitkan oleh berbagai jurnal nasional dan Internasional bereputasi

BIODATA PENULIS



Ns. Sulistiyani, M.Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners
Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan KEMENKES Jayapura

Penulis lahir di Jayapura tanggal 13 Oktober 1983. Riwayat Pendidikan diawali dari lulus pendidikan D3 Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura pada tahun 2004. Penulis kemudian melanjutkan jenjang Pendidikan SI Keperawatan dan Ners di Universitas Brawijaya tahun lulus 2012. Kemudian pada tahun 2017 penulis melanjutkan Pendidikan jenjang S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro dan lulus pada tahun 2019. Mata kuliah yang penulis ampuh meliputi Komunikasi dalam Keperawatan, Falsafah keperawatan, Keperawatan Komunitas, Keperawatan keluarga, dan keperawatan Gerontik. Email: is.listi83@gmail.com

BIODATA PENULIS



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

Dosen tetap STIKes Fatmawati

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

BIODATA PENULIS



Lukman Harun, S.Kep.,Ns., M.Imun.

Dosen Program Studi Keperawatan

Fakultas Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Padang tanggal 27 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Pascasarjana, Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan, Melanjtkan Profesi Ners dan melanjutkan S2 pada Jurusan Imunologi. Penulis menekuni bidang Imunologi, HIV/AIDS, Ilmu Biomedik Dasar, Mikrobiologi dan Parasitologi, Kesehatan Masyarakat, Keluarga dan Komunitas.

BIODATA PENULIS



Erni Eka Sari,S.Kep,Ns.,M.Kes

Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kesehatan Universitas Mega Buana Palopo

Penulis lahir di Palopo 10 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan ,Universitas Mega Buana Palopo . Menyelesaikan pendidikan S1 di STKes Gema Insan Akademik Makassar pada Jurusan Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur Makassar. Ini adalah buku kolaborasi kedua. Penulis berharap kedepannya dapat menulis lebih banyak dan lebih bermanfaat buat mahasiswa di bidang keperawatan.

BIODATA PENULIS



Dr. Ns. Suprpto, M.Kes
Dosen Politeknik Sandi Karsa

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2004 silam. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat. Dalam mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain itu penulis. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti penulis juga aktif sebagai editor in chief, review jurnal nasional terakreditasi dan beberapa jurnal international bereputasi serta menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menekuni menjadi Dosen, LLDIKTI 9 memberikan penghargaan sebagai salah satu Dosen Tetap Yayasan dengan masa pengabdian 10 tahun pada tahun 2022.

Email;atoenurse@gmail.com

<https://www.researchgate.net/profile/Suprpto-Suprpto-10>.

BIODATA PENULIS



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

Dosen Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

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

Email Penulis: estiNJ@gmail.com