

KEPERAWATAN KELUARGA

Dr. Muhasidah, SKM. M.Kep | Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH
Anneke A Tahulending S.Pd , M.Kes | Ns. Idayanti, SPd, S.Kep, M.Kes
Herlina Partisse Memah, SKM, M.KES | Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN | La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes
Despita Pramesti, S.Kep.Ns.M.Kes | Ns. Dedi Irawan, S.Kep., M.Kep
Sartika, S.Kep,Ns,M.Kep,Sp.Kep.K | Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH



KEPERAWATAN KELUARGA

Dr. Muhasidah, SKM. M.Kep
Ns. Wiwi Kustio Priliana, SST., SPd., MPH
Anneke A Tahulending S.Pd, M.Kes
Ns. Idayanti, SPd, S.Kep, M.Kes
Herlina Partisse Memah, SKM, M.KES
Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN
La Ode Alifariki, S.Kep, Ns., M.Kes
Despita Pramesti, S.Kep. Ns. M.Kes
Ns. Dedi Irawan, S.Kep., M.Kep
Sartika, S.Kep, Ns, M.Kep, Sp.Kep. K
Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes



KEPERAWATAN KELUARGA

Penulis:

Dr. Muhasidah, SKM. M.Kep
Ns. Wiwi Kustio Priliana., SST., SPd., MPH
Anneke A Tahulending S.Pd, M.Kes
Ns. Idayanti, SPd, S.Kep, M.Kes
Herlina Partisse Memah, SKM, M.KES
Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN
La Ode Alifariki, S.Kep, Ns., M.Kes
Despita Pramesti, S.Kep. Ns. M.Kes
Ns. Dedi Irawan, S.Kep., M.Kep
Sartika, S.Kep, Ns, M.Kep, Sp. Kep. K
Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH

ISBN :

978-634-7003-74-4

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Keperawatan Keluarga mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Keperawatan Keluarga. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Keperawatan Keluarga serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 20 Januari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1_Konsep Keluarga.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Tinjauan Konsep Keluarga.....	2
BAB 2_Tren dan Issue Keperawatan Keluarga.....	14
A. Pendahuluan	14
B. Konsep Tren dan Issue Keperawatan Keluarga	15
BAB 3_Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga.....	23
A. Pendahuluan	23
B. Pendidikan kesehatan.....	24
C. Pendidikan kesehatan pada keluarga.....	26
BAB 4_Manajemen sumber daya keluarga/Pemberdayaan keluarga	38
A. Pendahuluan	38
B. Konsep Manajemen Sumber daya Keluarga / pemberdayaan keluarga	38
BAB 5_Terapi Modalitas Keluarga.....	49
A. Pendahuluan	49
B. Konsep Dasar Terapi Modalitas	50
BAB 6_Asuhan Keperawatan Keluarga Sesuai dengan Tahapan Perkembangan Keluarga	58
A. Pendahuluan	58
B. Tahapan Perkembangan Keluarga.....	59
C. Tugas Perkembangan Keluarga	60
D. Tujuan Tahapan Perkembangan Keluarga	63
E. Contoh Implementasi pada Tiap Tahap Perkembangan	65
F. Proses Asuhan Keperawatan Keluarga	66

BAB 7 Model Konseptual Keperawatan Keluarga (Imogene King)	74
A. Pendahuluan	74
B. Konsep Utama dalam Model Konseptual	74
C. Penerapan Model dalam Keperawatan Keluarga	79
BAB 8 Model Konsep Keperawatan Calista Roy	84
A. Pendahuluan	84
B. Model Konsep Keperawatan Calista Roy	85
BAB 9 Model Konseptual Keperawatan Keluarga (Betty Neuman)	95
A. Pendahuluan	95
B. Model Sistem Neuman	96
C. Proposisi Model Neuman	97
D. Metaparadigma konseptual Neuman	99
E. Model Konseptual	101
BAB 10 Model Konseptual Keperawatan Keluarga	109
A. Pendahuluan	109
B. Konsep Utama	110
C. Prinsip Asuhan Keperawatan Keluarga dengan pendekatan Dorethea Orem:	111
D. Contoh tindakan keperawatan yang dilakukan saat merawat pasien dengan pendekatan konseptual Dorethea Orem	112
BAB 11 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan TB Paru	116
A. Pendahuluan	116
B. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan TB Paru	117
BAB 12 Perilaku Kesehatan	130
A. Pendahuluan	130
B. Konsep Perilaku Kesehatan	131

BAB 1

Konsep Keluarga

Dr. Muhasidah, SKM. M.Kep

A. Pendahuluan

Keluarga dipahami sebagai kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan, dan adopsi. Defenisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga mensyaratkan adanya hubungan perkawinan, hubungan darah maupun adopsi sebagai pengikat. setiap orang mempunyai peran dalam keluarga. ayah sebagai pemimpin, sebagai pencari nafkah, pengasuh, serta melindungi keluarga. Ibu berpran sebagai ibu rumah tangga, perawat, pengajar, kasih sayang keluarga. Friedman dalam (Amari, 2023).

Keluarga merupakan orang yang dapat memberikan perhatian khusus serta perawatan kepada lansia, anggota keluarga yang mengalami sakit. Karena berdasarkan fungsi perawatan kesehatan keluarga yaitu untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Oleh karena itu, perlu adanya peran keluarga sebagai orang yang sangat dekat dengan anggota keluarga lainnya untuk bisa merawat dengan baik dan membuat anggota keluarga tersebut menjadi mandiri dan sejahtera dimasa tuanya (Fredy Akbar, Hamdan Nur, 2022).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan jumlah perokok terus meningkat setiap tahunnya, terutama di Indonesia yang merupakan negara perokok tertinggi ketiga di

dunia setelah China dan India. Jumlah perokok di india 65 juta, China 390 juta, dan India 144 juta. Indonesia memiliki 60,8 juta laki-laki dewasa dan 3,7 juta perempuan. Prevalensi merokok pada kelompok umur 10-19 tahun meningkat dari 7,2 persen menjadi 9,1 persen. 36,2 persen adalah anak laki-laki berusia 13-15 tahun. Sementara itu, prevalensi pada kelompok umur 20-24 tahun sebesar 33,2%.(Anisya et al., 2023).

Saat ini, kondisi kesehatan masyarakat sebagai akibat kebiasaan merokok dapat dikategorikan sebagai suatu "*global public emergency*", artinya kebiasaan merokok yang terjadi pada anak remaja sekarang di Indonesia menjadi kedaruratan masyarakat secara global yang memerlukan penanganan yang serius dari berbagai pihak, yakni pihak pemerintah, orangtua, pihak sekolah (guru) serta masyarakat secara umum, oleh karenakonsumsi tembakau dunia ternyata dapat membunuh satu orang tiap detiknya (WHO, 2011).

Terdapat 1,3 milyar perokok di dunia dimana sepertiganya berasal dari populasi dapat menyebabkan sekitar 8,8% kematian (4,9 juta) dan sekitar 4,1% menyebabkan penyakit (59,1%). Jika kecenderungan ini tidak berbalik, maka angka-angka tersebut akan meningkat hingga 10 juta kematian pertahun mulai tahun 2020 atau pada awal 2030 dengan 70% kematian terjadi di negara-negara berkembang. WHO (2011) juga menyatakan bahwa remaja perokok terbesar di dunia ada di Indonesia. Dari 10 negara terbanyak perokok remaja umur 13-15 tahun 80,4% di Indonesia, sehingga menduduki urutan tertinggi/ terbanyak perokok, anak usia tersebut (WHO, 2019). Prevalensi merokok pada.

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah perkawinan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga sehingga semua anggota keluarga berinteraksi satu sama lain, dalam

peranya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Keluarga merupakan unit terkecil dalam Masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang berkumpul dan tinggal satu tempat dalam keadaan ini mereka saling bergantung (Mayasari, 2021).

Keluarga dapat didefinisikan sebagai keluarga unit terkecil dalam Masyarakat yang terdiri dari suami, istri dan anaknya, keluarga merupakan lingkungan pertama dan utama bagi perkembangan individu. (Mayasari, 2021). Keluarga adalah dua atau orang yang hidup atau tinggal bersama dengan keterikatan dan kedekatan emosional, baik tidak terkait, menikah atau mengadopsi, dan tidak memiliki batasan pada keanggotaan keluarga (Salamung et al., 2021).

Keluarga dipahami sebagai kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan, dan adopsi. Defenisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga mensyaratkan adanya hubungan perkawinan, hubungan darah maupun adopsi sebagai pengikat. setiap orang mempunyai peran dalam keluarga. ayah sebagai pemimpin, sebagai pencari nafkah, pengasuh, serta melindungi keluarga. Ibu berpran sebagai ibu rumah tangga, perawat, pengajar, kasih sayang keluarga. Friedman dalam (Amari, 2023).

2. Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga menurut Friedman (2003) adalah:

- a. Fungsi afektif: adalah tugas keluarga yang penting mengajarkan apa saja untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi: sebagai unit terkecil di dalam masyarakat, keluarga adalah tempat pelatihan bagi anak- Fungsi reproduksi:

fungsi ini bertujuan untuk meneruskan keturunan dan generasi.

- c. Fungsi ekonomi: Keluarga harus memenuhi kebutuhan keluarga secara finansial serta mengembangkan kemampuan keluarga untuk menambah penghasilan.
 - d. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan: fungsi ini bertujuan untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga. Memeriksa kesehatan secara teratur, dorong untuk tetap hidup bersih dan sehat anak untuk berkehidupan sosial.
3. Peran Keluarga dalam Perawatan Lansia

Keluarga merupakan sistem pendukung terpenting bagi lansia untuk menjaga kesehatannya. Peranan keluarga antara lain : menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan status sosial serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia (Padila, 2013:92)

- a. Tugas Perkembangan Keluarga dalam Lansia

Keluarga diharapkan memenuhi kebutuhan biologis, imperaif (saling menguatkan), budaya dan aspirasi serta nilai-nilai keluarga. Menurut Arter dan McGoldrick (1998), tugas perkembangan keluarga lansia adalah :

- 1) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- 2) Pengesuaian terhadap pendapatan yang menurun
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan
- 4) Penyesuaian diri terhadap kehilangan pasangan
- 5) Pemeliharaan ikatan keluarga antar generasi
- 6) Meneruskan untuk memahami eksistensi usia lanjut

b. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk desakan yang selalu memberi dukungan sebagai pertolongan yang praktis dan konkrit. Dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, emosional, imformasional dan informatif. Dukungan ini merupakan dukungan yang diterima pasien hipertensi dari anggota keluarganya ketika pasien sangat membutuhkan dukungan tersebut selama sakit sehingga pasien merasa diperhatikan karena kondisi Kesehatan keluarga dipangaruhi oleh kemampuan keluarga dalam memberikan pelayanan Kesehatan (Sapwal et al., 2021).

4. Jenis Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga terbagi menjadi 4 dimensi yaitu:

a. Dukungan emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. bagian-bagian dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, dan didengarkan.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah dukungan yang terdiri dari unsur - unsur praktis dan penting, seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, dan Kesehatan.

c. Dukungan Informasional

Dukungan informasional adalah keluarga berperan sebagai pemberi informasi Dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang digunakan dapat mengungkapkan suatu masalah. Bagian dalam dukungan ini adalah kesehatan, kesadaran, mencakup kesehatan, kearifan, dan berbagi informasi.

d. Dukungan Penilaian dan Penghargaan

Keluarga bertindak, membimbing dan menyelesaikan pemecahan masalah adalah dukungan penilaian dan penghargaan. Sebagai sumber dan vasiliator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan, penghargaan, dan perhatian.

e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan keluarga

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yaitu:

1) Faktor internal

a) Tahap Perkembangan

Usia terkait dengan tahap perkembangan ini. Hal ini berpotensi menghambat kemajuan pasien karena pemberian dukungan keluarga perlu dilakukan sesuai dengan pemahaman pasien. Hasilnya, anggota keluarga yang menerima dukungan yang tepat dapat lebih termotivasi untuk bertindak cepat sembuh.

b) Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan ini diciptakan oleh kemampuan psikologis, membentuk cara berpikirnya sebagaimana seseorang dengan pengetahuan, latar belakang dan pengalaman yang baik. Berkat kemampuan psikologis ini, pasien dapat dengan mudah memahami hubungan antar kemampuan psikologis.

c) Faktor emosi

Faktor ini dapat mempengaruhi keyakinan pasien dalam penyembuhan. Pasien yang stres saat menjalani pengobatan cenderung memberi respon kurang baik dan memiliki kekhawatiran yang tinggi.

d) Faktor spiritual

Faktor ini pasien dapat dilihat bagaimana menjalani kehidupan dengan keyakinan yang

dipegang sehingga pasien semangat sembuh dari sakit yang diderita.

2) Faktor Eksternal

a) Faktor sosial dan ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mempersepsikan terhadap penyakit sehingga seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya. Semakin tinggi ekonomi seseorang biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan, sehingga ia segera cari pertolongan ketika merasa ada gangguan Kesehatan yang dialami.

b) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan seseorang dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan Kesehatan pribadi.

5. Tugas Keluarga

Menurut (Wahyuni,2019) menjelaskan ada lima tugas Kesehatan keluarga yaitu:

- a. Menegal masalah Kesehatan
- b. Membuat Keputusan Tindakan Kesehatan
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- d. Memodifikasi lingkungan dan menciptakan suasana rumah yang sehat
- e. Menggunakan pelayanan Kesehatan

6. Struktur Keluarga

Menurut Friedman dalam (Amari, 2023) struktur keluarga merupakan gambaran internal memenuhi tanggung jawabnya sebagai sebuah keluarga dalam masyarakat. Struktur keluarga mempunyai ciri-ciri sangat kaku dan fleksibel, yang dapat mengganggu atau merusak

fungsi keluarga. Struktur keluarga juga memiliki kualitas yang terorganisir dan interaktif menyelenggarakan suatu sistem keluarga dimana keluarga menjadi satu kesatuan sistem. Struktur keluarga terbagi menjadi empat unsur utama, yaitu struktur komunikasi keluarga, peran keluarga, nilai dan norma keluarga, dan kekuatan keluarga. Struktur keluarga termasuk:

a. Struktur Komunikasi Keluarga

Komunikasi intrakeluarga menggambarkan cara dan pola yang terjadi dalam penyampaian informasi antara ayah dan ibu. Ayah dan ibu (orang tua), orang tua dari anak, anak dengan anak dan seluruh anggota keluarga seperti keluarga inti atau keluarga besar.

b. Struktur Peran Keluarga

Peran setiap keluarga berbeda-beda, begitu pula peran keluarga dalam masyarakat, bisa formal maupun informal.

c. Struktur Nilai dan Norma Keluarga

Keluarga menggambarkan nilai-nilai dan norma-norma yang dipelajari dalam unit keluarga ditinjau dari nilai-nilai dan norma-norma, khususnya tentangnya. berhubungan dengan kesehatan keluarga.

d. Struktur Kekuasaan Keluarga

Keluarga menggambarkan bagaimana setiap anggota keluarga mempengaruhi dan membimbing keluarga dan orang lain untuk mengubah perilaku dan mendukung kesehatan dalam keluarga.

e. Peran Anggota Keluarga

Peranan keluarga menurut Nurhad dalam (Amari, 2023) yaitu:

1) Ayah

Ayah bertindak sebagai kepala keluarga. Untuk menjadi kepala keluarga, ayah mempunyai tugas untuk melindungi keluarganya dari gangguan

atau bahaya. Peran seorang ayah sebagai kepala keluarga juga adalah mencari nafkah bagi keluarganya, dan ayah juga mempunyai tugas dan tanggung jawab dalam membesarkan anak.

2) Ibu

Ibu perannya sebagai ibu rumah tangga keluarga. Ibu bertanggung jawab terhadap keluarganya, mengurus suami juga terutama anak. Misi menjadi seorang ibu bukanlah hal yang mudah karena ibu harus menjaga dan mengurus keluarganya. Tugas seorang ibu antara lain mengasuh anak, memberi makan keluarga, membereskan rumah, mengurus keuangan serta peduli terhadap Pendidikan anaknya

3) Seorang Anak

Sebagai seorang anak, peran setiap orang adalah menjadi anggota keluarga. Sudah menjadi kewajiban seorang anak untuk belajar dan menghormati orang tuanya. Anak juga mempunyai hak atas perlindungan dan pendidikan dari orang tuanya. (Amari, 2023)

7. Peran Anggota Keluarga Terhadap Lansia Terdapat beberapa peran anggota keluarga terhadap lansia sebagai berikut:

- a. Melakukan pembicaraan terarah
- b. Mempertahankan kehangatan keluarga, menyediakan waktu untuk mendengarkan keluhan kesahnya
- c. Membantu melakukan persiapan makan bagi lansia
- d. Membantu dalam hal transportasi
- e. Membantu memenuhi sumber-sumber keuangan
- f. Memberikan kasih sayang dan perhatian, menghormati dan menghargai, jangan menganggapnya beban
- g. Sabar dan bijak dalam menghadapi lansia
- h. Memberi kesempatan untuk tinggal bersamanya

- i. Mintalah nasihatnya dalam peristiwa penting
- j. Mengajaknya dalam acara-acara penting.

DAFTAR PUSTAKA

- Amari, R. O. (2023). Hubungan Antara Pengetahuan Orang Tua Tentang Pneumonia Dengan Perilaku Menghindari Bahaya Merokok Di Lingkungan Rumah Pada Balita Di Desa Pejaten I. 31–41.
- Anjasari, E. K. (2023). Peran Keluarga dalam Kontrol perilaku merokok pada remaja. 1–83..
- Amelia, R. (2023). hubungan efikasi diri dan dukungan keluarga dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam mengikuti program prolans uptd puskesmas binangun. Universitas Al-Irsyad Cilacap.
- Arivin, H. Z., Naziyah, N., & Suralaga, C. (2023). Hubungan Pengetahuan Diet Rendah Garam dengan Tekanan Darah Lansia Penderita Hipertensi di Puskesmas Kelurahan Ragunan. *Malahayati Nursing Journal*, 5(7), 2308–2323. <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i7.9060>
- Mayasari, A. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pengendalian Perilaku Diet pada Pasien Hipertensi di RSUD Jaya Kabupaten Banyuasin. *Jurnal Kepetawatan*, 5p.
- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medik
- Sagita, R. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pada Pasien Hipertensi.
- Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Primasari, N. A., Rumbo, H., & Al., E. (2021). *Keperawatan*
- Sagita, R. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pada Pasien Hipertensi.
- Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Primasari, N. A., Rumbo, H., & Al., E. (2021). *Keperawatan Keluarga (FamilyNursing)*. In Duta Media Publishing.<http://repository.uki.ac.id/7874/1/keperawatanKeluarga.pdf>

Keluarga (FamilyNursing). In Duta Media
Publishing.[http://repository.uki.ac.id/7874/1/Keperaw
tanKeluarga.pdf](http://repository.uki.ac.id/7874/1/KeperawatanKeluarga.pdf)

BIODATA PENULIS



Dr. Muhasidah, SKM, SKM, M.Kep lahir di Keppe (Palopo), pada 27 Juni 1965. Menyelesaikan Pendidikan Akademi perawat Depkes Banta-bantaeng Ujung Pandang tahun 1988, S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta (2002), S3 Di PKLH Universitas Negeri Makassar (2017). Bekerja di SPK Muhammadiyah Makassar (1991-1998), RS Ibnu Sina (1991-1993), Di Puskesmas Maradekaya Kota Makassar (1992-1998), dan di Akper Depkes Jiwa (1999-2000) dan sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Makassar (2002-sekarang).

BAB 2

Tren dan Issue Keperawatan Keluarga

Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH

A. Pendahuluan

Keperawatan keluarga telah menjadi salah satu bagian penting dalam praktik keperawatan modern. Dengan perubahan dinamis dalam struktur sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat, peran keluarga dalam menjaga kesehatan anggota keluarganya menjadi semakin vital. Keperawatan keluarga tidak hanya berfokus pada perawatan individu, tetapi juga pada pengelolaan kesehatan keluarga secara keseluruhan. Ini menjadikan keperawatan keluarga berbeda dari keperawatan yang lebih tradisional, karena melibatkan intervensi yang melibatkan keluarga dalam konteks sosial dan emosional.

Tren dalam keperawatan keluarga mencakup berbagai isu yang berkembang dalam masyarakat, seperti peningkatan prevalensi penyakit kronis, masalah kesehatan mental, peran keluarga dalam perawatan jangka panjang, dan tantangan dalam mendukung kesehatan keluarga dengan berbagai latar belakang budaya. Isu-isu ini memengaruhi pendekatan dalam memberikan perawatan yang holistik dan efektif bagi keluarga, serta menuntut tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk memiliki keterampilan dan pengetahuan yang luas dan meningkatkan kualitas dalam pemberian asuhan keperawatan di keluarga dan masyarakat.

Penting bagi kita untuk memahami konsep-konsep yang mendasari tren dan isu keperawatan keluarga, agar kita dapat memberikan perawatan yang optimal dan sesuai dengan kebutuhan keluarga di era modern ini. Buku ini bertujuan untuk menggali lebih dalam mengenai tren dan isu keperawatan keluarga serta memberikan wawasan tentang bagaimana perawat dapat merespons tantangan-tantangan tersebut dengan pendekatan yang berbasis bukti dan relevan dengan kondisi keluarga masa kini.

B. Konsep Tren dan Issue Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga adalah salah satu cabang penting dalam ilmu keperawatan yang berfokus pada perawatan dan pengelolaan kesehatan keluarga sebagai unit dasar. Konsep ini menjadi semakin relevan mengingat perubahan sosial, demografis, dan ekonomi yang mempengaruhi struktur dan fungsi keluarga. Seiring berjalannya waktu, sejumlah tren isu dalam keperawatan keluarga muncul, mencerminkan dinamika masyarakat dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terus berkembang. Beberapa tren isu utama yang mempengaruhi praktik keperawatan keluarga dan mempengaruhi pemberian asuhan keperawatan pada keluarga adalah sebagai berikut:

1. Perubahan Demografi dan Struktur Keluarga

Perubahan dalam struktur keluarga, seperti meningkatnya jumlah keluarga miskin, keluarga dengan anggota usia lanjut, serta keluarga dengan anggota yang hidup dengan penyakit kronis, menjadi isu penting dalam keperawatan keluarga. Tren ini mengharuskan perawat untuk mengembangkan pendekatan yang lebih individual dan berbasis keluarga dalam memberikan perawatan, yang mempertimbangkan kebutuhan unik setiap anggota keluarga, termasuk anak-anak dan lansia. Perubahan dalam masyarakat sangatlah dimanis dan keanekaragaman masalah kesehatan di masyarakat sangat kompleks sehingga memerlukan perhatian yang khusus

bagi tenaga kesehatan. Perawat di tuntut untuk bersikap profesional dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga maupun masyarakat.

2. Kesehatan Mental Keluarga

Kesehatan mental keluarga semakin menjadi perhatian utama dalam perawatan keluarga. Perubahan cepat dalam kehidupan sosial dan ekonomi, serta peningkatan kasus stres, kecemasan, dan depresi di kalangan anggota keluarga, memberikan tantangan bagi para perawat untuk menyediakan dukungan yang dibutuhkan keluarga. Keperawatan keluarga kini lebih menekankan pada pemahaman dinamika psikologis dalam keluarga serta cara-cara untuk mengurangi stigma seputar masalah kesehatan mental.

3. Peningkatan Penyakit Kronis dan Manajemen Kesehatan Jangka Panjang

Penyakit kronis, seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung, semakin banyak ditemukan dalam keluarga modern. Keperawatan keluarga berperan penting dalam memberikan pendidikan kesehatan, pengelolaan penyakit, serta mendukung keluarga dalam menjaga kualitas hidup pasien. Tren ini mendorong pentingnya keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien dengan penyakit kronis, baik dalam pengawasan maupun dalam pengambilan keputusan perawatan.

4. Teknologi dan Inovasi dalam Keperawatan Keluarga

Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) dalam keperawatan keluarga adalah salah satu tren yang semakin berkembang. Teknologi memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan yang lebih terintegrasi dan lebih tepat waktu, seperti penggunaan aplikasi kesehatan, telemedicine, serta pemantauan jarak jauh. Meskipun demikian, isu terkait privasi dan aksesibilitas teknologi tetap menjadi tantangan yang perlu diperhatikan.

5. Perawatan Keluarga dalam Konteks Budaya dan Etnisitas
Keberagaman budaya dan etnis dalam keluarga menjadi aspek penting dalam perawatan keluarga. Perawat perlu memiliki pemahaman yang mendalam mengenai perbedaan budaya dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi praktik keperawatan. Pemahaman ini membantu perawat untuk lebih sensitif terhadap kebutuhan keluarga dan memperbaiki kualitas komunikasi serta hubungan terapeutik dalam proses perawatan.
6. Keterlibatan Keluarga dalam Proses Pengambilan Keputusan Kesehatan
Tren terbaru dalam keperawatan keluarga adalah peningkatan keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan. Keputusan medis tidak hanya melibatkan pasien individu, tetapi juga anggota keluarga sebagai pendukung emosional dan praktis. Dalam hal ini, perawat berperan sebagai fasilitator yang membantu keluarga untuk mendapatkan informasi yang tepat dan membuat keputusan yang diinformasikan.
7. Pendidikan Kesehatan untuk Keluarga
Pendidikan kesehatan keluarga adalah kunci untuk meningkatkan pemahaman keluarga mengenai isu kesehatan, pencegahan penyakit, dan pengelolaan kondisi kesehatan. Tren ini mencakup penyuluhan mengenai pola makan sehat, aktivitas fisik, vaksinasi, serta pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin. Perawat berperan penting dalam menyampaikan informasi ini dengan cara yang mudah dimengerti oleh semua anggota keluarga, terlepas dari usia atau latar belakang pendidikan.
8. Perawatan Keluarga dalam Kondisi Krisis dan Bencana
Isu keperawatan keluarga dalam situasi darurat dan bencana juga semakin penting, terutama terkait dengan manajemen stres, trauma, dan pemulihan

keluarga pasca-bencana. Perawat keluarga diharapkan memiliki keterampilan untuk memberikan dukungan psikologis dan sosial dalam situasi yang penuh tekanan ini. Pendekatan berbasis keluarga sangat dibutuhkan untuk membantu keluarga yang terkena dampak bencana agar bisa pulih dengan lebih cepat.

9. Pelayanan Kesehatan Berbasis Komunitas

Kesehatan keluarga tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu, tetapi juga oleh kondisi sosial dan lingkungan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan berbasis komunitas menjadi isu penting dalam keperawatan keluarga. Perawat yang bekerja di komunitas harus mampu memahami dan melibatkan keluarga dalam upaya preventif dan promotif, serta memberikan intervensi yang relevan sesuai dengan kondisi lingkungan setempat.

10. Tantangan Etika dalam Keperawatan Keluarga

Masalah etika, seperti pengambilan keputusan medis dalam konteks keluarga, masalah persetujuan, dan otonomi pasien, menjadi semakin penting. Keperawatan keluarga menghadapi dilema etis yang seringkali melibatkan keseimbangan antara hak pasien dan keinginan keluarga. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk memiliki keterampilan komunikasi dan pengetahuan yang mendalam tentang aspek etis dalam pengambilan keputusan.

Tren isu dalam keperawatan keluarga mencerminkan perubahan signifikan dalam struktur keluarga dan kebutuhan perawatan kesehatan. Dengan meningkatnya tantangan sosial, budaya, dan kesehatan, perawat keluarga dituntut untuk terus mengembangkan keterampilan dan pengetahuan mereka agar dapat memberikan perawatan yang holistik dan efektif. Pengetahuan mengenai isu-isu ini akan sangat membantu perawat dalam merancang dan melaksanakan

intervensi yang lebih tepat sasaran dan berbasis pada kebutuhan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, J. M., & Jost, S. A. (2023). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- Burns, M. E., & Thompson, G. R. (2022). Managing chronic illness in the family context: A nursing approach. *Journal of Family Nursing*, 28(1), 3-16. <https://doi.org/10.1177/1074840722107405>
- Cook, P. S., & Bell, H. L. (2021). The role of family dynamics in health and illness: A nursing perspective. *Nursing Research*, 70(5), 335-340. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000461>
- DeSantis, L. L., & Carroll, J. M. (2020). *Caring for families: A guide for nurses* (2nd ed.). Pearson.
- Fong, S. F., & Lee, L. M. (2023). Cultural competence in family health care. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.103874>
- Harris, M. R., & Wright, C. R. (2022). Family involvement in managing chronic conditions: A holistic approach to nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 823-834. <https://doi.org/10.1111/jon.16912>
- Larson, J. D., & O'Hara, M. (2021). The intersection of mental health and family care. *Family & Community Health*, 44(2), 112-120. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000236>
- Murray, M. T., & Shaw, G. E. (2020). Telehealth in family nursing: A modern approach to health care. *Journal of Family Practice*, 68(11), 729-735. <https://doi.org/10.1177/1060028020908047>
- Nelson, L. S., & Hart, T. J. (2023). The impact of family caregiving on health outcomes. *Journal of Family Nursing*, 29(1), 45-53. <https://doi.org/10.1177/1074840722113299>
- Peterson, D. K., & Jones, M. S. (2022). Ethical issues in family-centered care. *Nursing Ethics*, 29(2), 224-235. <https://doi.org/10.1177/0969733022112049>

- Pierce, D. M., & Wilson, T. A. (2021). Family-centered care for older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 47(8), 9-16. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210721-05>
- Roberts, J. R., & Williams, E. A. (2020). *Introduction to family nursing* (4th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Schneider, M. P., & Trowbridge, M. L. (2023). *Family health and wellness*. [Publisher Name].

BIODATA PENULIS



Wiwi Kustio Priliana lahir di Pemalang pada tanggal 13 April 1975. Menyelesaikan pendidikan DIV Keperawatan peminatan Keperawatan Maternitas di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Profesi Ners di Politeknik Kemenkes Surakarta Solo. Pendidikan S1 di Program Studi Pendidikan Bimbingan Konseling di Universitas PGRI Yogyakarta dan S2 di Fakultas Kedokteran, Program Study Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak - Kesehatan Reproduksi di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan STIKES Notokusumo Yogyakarta dari tahun 1998 sampai sekarang.

BAB 3

Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga

Anneke A Tahulending S.Pd , M.Kes

A. Pendahuluan

Pendidikan kesehatan adalah seluruh proses belajar yang dialami oleh individu, kelompok, dan masyarakat yang menjadi sasaran dalam perubahan perilaku (Nursalam & Efendi 2008). Commite on health education and promoting terminology mendefinisikan bahwa pendidikan kesehatan merupakan kombinasi dari pengalaman pembelajaran terencana yang didasarkan pada teori yang logis yang membekali tiap individu, kelompok dan masyarakat untuk mendapatkan informasi dan keterampilan guna membuat keputusan yang bermutu (McKenzie & Neiger 2006).

Pendidikan kesehatan menurut Lawrence (1991) adalah suatu upaya yang dilakukan secara sadar dan terencana yang dikombinasikan dengan pengalaman pembelajaran untuk meningkatkan perilaku kesehatan seseorang. Pendidikan kesehatan adalah proses mengajarkan masyarakat mengenai kesehatan (Nursalam, 2016).

Keluarga merupakan unit terkecil dari suatu masyarakat. Suatu keluarga terdapat ayah, ibu, anak dan kesemuanya itu mempunyai tugas dan fungsi masing-masing, apabila tidak di jalankan tugas serta fungsinya dengan baik maka akan terjadi suatu ketimpangan antar anggota keluarga yang terkadang memicu konflik.

Keluarga tersebut akan mengalami berbagai persoalan yang membuat hubungan kekeluargaan tersebut retak dan tidak sehat. Keluarga dapat dikatakan harmonis yaitu apabila keluarga tersebut saling mengerti dan paham akan tugas, fungsi dan tanggungjawabnya.

B. Pendidikan kesehatan

1. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan merupakan domain yang akan dituju dari pendidikan kesehatan. Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan Kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan. Pendidikan Kesehatan memiliki beberapa tujuan antara lain:

- a. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- b. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental maupun sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian. Menurut WHO, tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan (Effendy, 1998).
 - 1) Masyarakat umum. Masyarakat umum adalah seluruh masyarakat yang berada di suatu tempat secara umum yang mendapatkan pendidikan kesehatan, contoh: terjadinya kasus endemis filariasis di sebuah desa maka seluruh masyarakat di desa tersebut harus mendapatkan pendidikan kesehatan dan pengobatan terkait eliminasi filariasis.

- 2) Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, remaja dan anak-anak. Kelompok tertentu menjadi sasaran pendidikan kesehatan karena rentan terhadap permasalahan kesehatan. Wanita sangat rentan memiliki permasalahan kesehatan terutama wanita hamil dan wanita menyusui karena pada periode tersebut mereka memiliki kebutuhan gizi yang lebih tinggi dan membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang lebih tinggi dari wanita biasa, contoh: seorang wanita hamil dan menyusui harus mendapatkan konseling oleh bidan atau dokter terkait permasalahan kesehatan yang dialami atau pemeliharaan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas. Anak-anak dan remaja menjadi kelompok sasaran pendidikan kesehatan secara khusus, hal ini dikarenakan anak-anak memiliki imunitas yang jauh lebih rendah dibandingkan orang dewasa sehingga memiliki resiko terkena permasalahan kesehatan yang lebih tinggi dan pengetahuan yang kurang baik sehingga meningkatkan resiko terjadinya permasalahan kesehatan, contoh anak-anak yang terkena diare karena konsumsi jajan sembarangan.
- 3) Sasaran individu dengan tehnik pendidikan kesehatan individual. Sasaran pendidikan kesehatan kepada individu dilakukan karena terdapat individu yang mengalami permasalahan kesehatan secara khusus sehingga memerlukan pendidikan kesehatan agar permasalahan kesehatannya tidak semakin parah atau permasalahannya tidak menular kepada orang lain, contoh: individu yang terkena penyakit AIDS maka akan disarankan untuk mendapatkan

konseling demi meningkatkan status kesehatan penderita AIDS tersebut.

2. Metode Pendidikan Kesehatan

Penyampaian Pendidikan kesehatan banyak menggunakan cara-cara tertentu yang disampaikan juga harus sesuai dengan target atau sasaran dan juga alat bantu kesehatan disesuaikan dengan tepat agar di capai suatu hasil yang ditargetkan secara optimal. Untuk sasaran Kelompok, metodenya berbeda dengan pendidikan massa dan sarana individual. Begitu juga sebaliknya untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan sebagainya.

a. Metode pendidikan individual

Dalam Pendidikan kesehatan, metode pendidikan kesehatan yang bersifat individual untuk membina perilaku baru atau seseorang yang telah tertarik kepada suatu perubahan perilaku inovasi. Dasar dari digunakan pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru.

b. Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan berbeda. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya jumlah sasaran pendidikan.

C. Pendidikan kesehatan pada keluarga

1. Pengertian keluarga

Duvall dan Logan (1986) menunjukkan dalam Setyowati dan Murwani (2018) bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki hubungan perkawinan, kelahiran, dan adopsi, bertujuan untuk menciptakan, memelihara budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, emosional dan sosialnya dalam setiap

anggota keluarga. Menurut Friedman (2003), dalam Nadirawati (2018) keluarga adalah dua orang atau lebih yang dipersatukan melalui kesatuan emosional dan keintiman serta memandang dirinya sebagai bagian dari keluarga.

Whall (1986) mengemukakan dalam Nadirawati (2018) bahwa keluarga yaitu sekelompok dua orang atau lebih yang disatukan oleh persatuan dan ikatan emosional tidak hanya berdasarkan keturunan atau hukum, tetapi mungkin atau mungkin tidak. Dengan cara ini, mereka menganggap diri mereka sebagai keluarga dan mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

2. Tipe Keluarga

Dalam Setyowati dan Murwani (2018) Keluarga membutuhkan layanan kesehatan untuk berbagai gaya hidup. Dengan perkembangan masyarakat, jenis keluarga juga akan berkembang. Untuk melibatkan keluarga dalam meningkatkan kesehatan, maka kita perlu memahami semua tipe dalam keluarga.

a. Tradisional

- 1) Keluarga inti mengacu pada keluarga (biologis atau adopsi) yang terdiri dari suami, istri dan anak
- 2) Keluarga besar mengacu pada keluarga inti dan keluarga lain yang berhubungan dengan kerabat sedarah, seperti kakek nenek, keponakan, paman dan bibi.
- 3) Keluarga Dyad adalah keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak.
- 4) Single Parent "Orang tua tunggal" adalah keluarga yang terdiri dari orang tua (ayah / ibu) dan anak (dikandung / diadopsi). Perceraian atau kematian dapat menyebabkan situasi ini.

- 5) Single Adult "Orang dewasa lajang" mengacu pada sebuah keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa (misalnya, seorang dewasa yang kemudian tinggal di kantor asrama untuk bekerja atau belajar).
- b. Non Tradisional
- 1) The unmarriedteenege mather (Remaja yang belum menikah) Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dan anak-anak dari hubungan tanpa nikah.
 - 2) The stepparent family Keluarga dengan orang tua tiri.
 - 3) Commune family (Keluarga komunal)
 - 4) Beberapa pasangan keluarga yang tidak terkait (dan anak-anak mereka) tinggal bersama di rumah yang sama, sumber daya dan fasilitas yang sama, dan pengalaman yang sama: mensosialisasikan anak melalui kegiatan kelompok atau membesarkan anak bersama.
 - 5) The nonmarital heterosexual cohabiting family Keluarga yang tinggal bersama namun bisa saja berganti pasangan tanpa adanya menikah.
 - 6) Gay and lesbian families Orang dengan jenis kelamin yang sama hidup dengan "pasangan nikah"
 - 7) Cohabiting family Dengan beberapa alasan yang memungkinkan dimana orang dewasa tinggal dalam satu rumah tanpa adanya suatu pernikahan.
 - 8) Group marriage-family Dalam pernikahan di mana orang dewasa menggunakan peralatan keluarga bersama-sama, mereka merasa bahwa hubungan romantis yang mereka jalani adalah pernikahan dan berbagi beberapa hal, termasuk seks dan pengasuhan anak selanjutnya.

- 9) Group network family Kelompok jaringan keluarga dimana keluarga inti memiliki ikatan atau aturan yang sama dan mereka hidup bersama untuk berbagi kebutuhan sehari-hari dan memberikan layanan dan tanggung jawab untuk mengasuh anak.
 - 10) Foster family Keluarga angkat Ketika orang tua anak membutuhkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya, keluarga akan menerima sementara anak yang tidak ada hubungannya dengan keluarga / saudara kandung.
 - 11) Homeless family Keluarga tunawisma Karena krisis pribadi yang berkaitan dengan kondisi ekonomi dan atau masalah kesehatan mental, keluarga yang terbentuk tanpa adanya perlindungan yang tetap diberikan.
 - 12) Gang Bentuk keluarga yang merusak, dalam arti mereka mencari ikatan emosional dan merawat keluarga, tetapi tumbuh dalam lingkungan yang penuh kekerasan dan kejahatan dalam hidup mereka.
3. Struktur Keluarga

Menurut Friedman (2003) dalam Nadirawati (2018) Salah satu pendekatan dalam keluarga adalah pendekatan struktural fungsional, Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit unit ditata dan saling terkait satu sama lain. Struktur dalam keluarga terbagi menjadi 4 yaitu:

- a. Pola komunikasi keluarga
Komunikasi sangatlah penting dalam suatu hubungan namun tidak hanya untuk keluarga, tetapi juga untuk semua jenis hubungan. Tanpa komunikasi, tidak akan ada hubungan yang dekat dan intim, atau bahkan saling pengertian. Dalam keluarga ada beberapa

interaksi yang efektif dan beberapa tidak. Mode interaktif yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Terbuka, jujur, berpikiran positif, dan selalu berusaha menyelesaikan konflik keluarga.
- 2) Komunikasi berkualitas tinggi antara pembicara dan audiens Dalam pola komunikasi ini biasanya disebut stimulus respons, komunikasi semacam ini kadang terjadi ketika orang tua mengasuh bayi ataupun sebaliknya.

Orang tua lebih aktif dan kreatif dalam merespon (stimulus). Melalui model komunikasi yang berfungsi dengan baik ini, penyampaian pesan (pembicara) akan mengungkapkan pendapat, meminta dan menerima umpan balik. Di sisi lain, penerima pesan selalu siap mendengarkan, memberikan umpan balik, dan verifikasi.

Pada saat yang sama, keluarga dengan metode komunikasi yang buruk dapat menimbulkan berbagai masalah, terutama beban psikologis anggota keluarga. Ciri-ciri mode komunikasi ini antara lain:

- 1) Fokus dialog hanya pada satu orang, misalnya penanggung jawab keluarga memutuskan apa yang terjadi dan apa yang dilakukan anggota keluarga;
- 2) Tidak ada diskusi di dalam keluarga, semua anggota keluarga setuju, tidak peduli apakah mereka setuju atau harus setuju;
- 3) Keluarga kehilangan rasa simpati, karena setiap anggota keluarga tidak dapat mengungkapkan pendapatnya. Karena cara komunikasi dan pertumbuhan ini, komunikasi dalam keluarga akhirnya menjadi tertutup.

b. Struktur Peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi tertentu. Ayah berperan sebagai kepala keluarga, ibu berperan sebagai daerah domestik keluarga, dan anak memiliki perannya masing-masing dan berharap dapat saling memahami dan mendukung. Selain peran utama terdapat peran informal, peran tersebut dilakukan dalam kondisi tertentu atau sudah menjadi kesepakatan antar anggota keluarga. Misalnya, jika suami mengizinkan istrinya bekerja di luar rumah, maka istri akan berperan informal. Begitu pula suami akan melakukan tugas informal tanpa sungkan dengan membantu istrinya mengurus rumah.

c. Struktur Kekuatan

Kondisi struktur keluarga yang menggambarkan adanya kekuasaan yang digunakan untuk mengontrol dan mempengaruhi anggota keluarga lainnya dalam sebuah keluarga, setiap individu dalam keluarga memiliki kekuatan untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah yang lebih positif dalam hal perilaku dan kesehatan. ketika seseorang memiliki kekuatan sebenarnya dia dapat mengontrol interaksi. Dimana kekuatan ini dapat dibangun dengan berbagai cara. Selain itu, terdapat banyak faktor dalam struktur kekuatan keluarga, diantaranya:

- 1) Kekuatan hukum (kekuatan / kewenangan hukum) Dalam korteks kekeluargaan, kekuatan ini sebenarnya tumbuh secara mandiri, karena adanya hirarki (pemimpin) yang merupakan struktur masyarakat kita. Kepala keluarga merupakan pemegang kemampuan interaktif dalam keluarga. Ia berhak mengontrol tingkah laku anggota keluarga lainnya, terutama pada anak-anak.

- 2) Referent power Dalam masyarakat orang tua merupakan contoh teladan dalam keluarga, terutama kedudukan sang ayah sebagai kepala keluarga. Apa yang dilakukan sang ayah akan menjadi teladan bagi pasangan dan anak-anaknya.
- 3) Reward power/ Kemampuan menghargai Imbalan penting untuk memiliki dampak yang mendalam didalam keluarga. Hal ini tentunya sering terjadi di masyarakat kita, jika anak-anak mereka mencapai nilai terbaik di sekolah, mereka akan diberikan hadiah. Cara yang lebih baik adalah bahwa anak tetap akan diberi penghargaan, tetapi jika berhasil, itu akan lebih rendah dari standar yang dijanjikan. Namun, meskipun orang tua tidak berhasil, usaha anak anaknya akan tetap dihargai oleh orangtuanya.
- 4) Coercive power Dalam memperkuat hubungan disebuah rumah tangga peraturan sangat penting untuk diterapkan. Konsekuensinya apabila melakukan pelanggaran atau tidak mematuhi peraturan yang ada maka ancaman atau berupa hukuman akan diterima.
- 5) Nilai-Nilai Dalam Kehidupan Keluarga
Di dalam kehidupan keluarga sikap maupun kepercayaan sangat penting dimana didalamnya terdapat nilai yang merupakan sistematis. Nilai-nilai kekeluargaan juga dapat digunakan sebagai pedoman dalam menetapkan norma dan aturan. Norma merupakan perilaku sosial yang baik berdasarkan sistem nilai keluarga.

4. Fungsi Keluarga

Struktur dan fungsi sangat erat kaitannya, dan ada interaksi yang berkelanjutan antara satu sama lain. Strukturnya didasarkan pada model organisasi atau

keanggotaan dan hubungan yang berkelanjutan. Menurut Friedman (1986) dalam Setyowati dan Murwani (2018) mengidentifikasi 5 fungsi dasar keluarga, diantaranya:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif yaitu dimana dalam suatu rumah tangga saling mengasuh dan memberikan cinta, fungsi emosional sangat berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Dari kebahagiaan dan kegembiraan semua anggota keluarga itu dapat dilihat bahwa terwujudnya fungsi emosional yang berhasil pada setiap anggota keluarga mempertahankan suasana yang positif. Oleh karena itu, dalam keluarga yang berhasil menjalankan fungsi emosional, semua anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif serta saling menerima dan mendukung satu sama yang lain. Ada beberapa komponen yang perlu untuk dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi yang afektif, sebagai berikut:

- 1) Saling peduli, cinta, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan cinta dan dukungan dari anggota lainnya. Kemudian kemampuannya untuk memberikan cinta akan meningkat, yang pada gilirannya menjalin hubungan yang hangat dan suportif. Keintiman dalam keluarga merupakan modal dasar untuk membangun relasi dengan orang lain di luar keluarga / komunitas.
- 2) Saling menghormati. Jika anggota keluarga saling menghormati, mengakui keberadaan dan hak masing-masing anggota keluarga, serta senantiasa menjaga suasana positif, maka fungsi emosional akan terwujud.
- 3) Ketika suami dan istri sepakat untuk memulai hidup baru, mereka mulai menjalin hubungan

intim dan menentukan hubungan keluarga mereka. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses mengidentifikasi dan menyesuaikan semua aspek kehidupan anggota keluarga. Para orang tua hendaknya membentuk proses identifikasi positif agar anak dapat mencontoh perilaku positif kedua orang tua. Fungsi emosional adalah kebahagiaan yang ditentukan dari sumber energi atau kekuatan sebaliknya adanya kerusakan dalam keluarga itu disebabkan karena ketidakmampuan dalam mewujudkan fungsi emosional didalam keluarga itu sendiri.

b. Fungsi sosialisasi

Menurut Friedman (1986) dalam Setyowati dan Murwani (2018) Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan pengalaman pribadi, yang mengarah pada interaksi sosial dan pembelajaran berperan dalam lingkungan sosial.

Sosialisasi dimulai dengan kelahiran manusia, keluarga merupakan tempat dimana individu belajar bersosialisasi, misalnya seorang anak yang baru lahir akan melihat ayahnya, ibunya dan orang-orang disekitarnya. Kemudian ketika masih balita, ia mulai belajar bersosialisasi dengan lingkungannya, meskipun keluarga tetap memegang peranan penting dalam interaksi sosial.

c. Fungsi reproduksi

Setiap keluarga setelah melangsungkan pernikahan adalah memiliki anak, dimana fungsi reproduksi utamanya ialah sebagai sarana melanjutkan generasi penerus serta secara tidak langsung meneruskan kelangsungan keturunan sumber daya manusia. Oleh sebab itu dengan adanya hubungan pernikahan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan jasmani dan

rohani pasangan, tujuan didirikannya sebuah keluarga adalah untuk mempunyai keturunan yang bertujuan untuk memperpanjang garis keturunan keluarga atau sebagai penerus.

d. Fungsi ekonomi

Dalam hal ini fungsi ekonomi pada keluarga yaitu untuk memenuhi segala kebutuhan finansial seluruh anggota keluarga misalnya untuk pemenuhan kebutuhan pangan, sandang, dan papan. Seperti saat ini, yang terjadi adalah banyaknya pasangan yang melihat masalah yang berujung pada perceraian karena hal pendapatan yang sedikit atau tidak sesuai dengan kebutuhan sehari-hari antara suami dengan istri. Isi yang akan dipelajari tentang fungsi ekonomi keluarga adalah:

- 1) Fungsi pendidikan Jelaskan upaya yang diperoleh dari sekolah atau masyarakat sekitar dan upaya pendidikan yang dilakukan oleh keluarga
- 2) Fungsi religius Jelaskan penelitian keluarga yang berhubungan dengan kesehatan dan kegiatan keagamaan
- 3) Fungsi waktu luang Jelaskan kemampuan keluarga untuk menghibur bersama di dalam dan di luar rumah serta kegiatan keluarga, dan jumlah yang diselesaikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Fibriana, L.F. et al. (2017) Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan. 1st edn. Malang: Media Nusa Creative Publishing.
- Christina Magdalena T.Bolon,S.Kep.Ns.M.Kes.(2021)Pendidikan dan promosi kesehatan
- Bailon, G, M. (1978). Perawatan Kesehatan Keluarga. Jakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Friedman. (2003). Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktek
- Nadirawati, S.Kp., M. K. (2018). Buku ajar asuhan keperawatan keluarga teori

BIODATA PENULIS



Anneke A Tahulending SPd, M.Kes, Lahir di Manado, 2 April 1968. Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan Gigi mulai dari SPRG Dep.Kes Manado lulus tahun 1987, kemudian, Diploma III Pendidikan Bandung lulus tahun 1996, dan selanjutnya diploma III Keperawatan Gigi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jojakarta lulus pada tahun 1998. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan dari Program Studi Sarjana Pendidikan di Universitas Negeri Manado pada Fakultas Ilmu Pendidikan (FIP) Peminatan Kurikulum dan Teknologi Pendidikan Universitas Negeri Manado lulus tahun 2003 dan selanjutnya melanjutkan ke Program Pasca Sarjana di Program Studi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan lulus tahun 2010. Dari tahun 2005 - sampai sekarang sebagai dosen tetap pada Program Studi Diploma III Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 4

Manajemen sumber daya keluarga/Pemberdayaan keluarga

Ns. Idayanti, SPd, S.Kep, M.Kes

A. Pendahuluan

Manajemen memungkinkan individu dan keluarga untuk bertahan menghadapi tekanan dan kondisi yang berubah, serta menjadi jalan untuk menghadapi masa depan. Manajemen mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan inside dan eksternal dalam suatu ekosistem. Tindakan manajerial berorientasi pada tujuan dan terkait dengan sumber daya yang dimiliki atau yang tersedia (Minister dan Firebaugh,1988). Proses dalam manajemen bermula dari perencanaan hingga pelaksanaan dari penggunaan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan dalam mencapai tujuan.

Terdapat tiga asumsi dasar untuk mempelajari Sumber Daya Keluarga, yang pertama yaitu Sumber Daya Keluarga tidak hanya terdapat di dalam keluarga sendiri, tetapi juga terdapat di berbagai lingkungan sekitar keluarga, yang kedua yaitu kondisi dari sumber daya merupakan elemen dari sistem yang dapat mendorong atau menghambat pencapaian tujuan keluarga, dan yang ketiga yaitu perubahan salah satu sumber daya akan berpengaruh pada sumber daya lainnya dalam sistem keluarga.

B. Konsep Manajemen Sumber daya Keluarga/pemberdayaan keluarga

1. Pengertian

Manajemen adalah upaya untuk mengelola sumber daya yang dimiliki seoptimal mungkin untuk mencapai

hasil yang diharapkan. Proses dalam manajemen bermula dari perencanaan hingga pelaksanaan dari penggunaan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan dalam mencapai tujuan. Manajemen sumber Daya keluarga adalah kemampuan keluarga untuk meraih hasil dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya melalui kegiatan suami,istri, anak- anak dan anggota lainnya. Oleh karena itu fungsi fungsi dalam manajemen sumber daya keluarga menjadi sangat penting (Iskandar, 2007).

2. Fungsi dalam manajemen sumber daya keluarga
Fungsi dalam manajemen sumber daya keluarga ada empat langkah, yaitu : Perencanaan, Pengorganisasian, Pelaksanaan dan pengawasan. Berikut dapat dilihat pada Gbr 1 Diagram fungsi manajemen Sumber Daya Keluarga (SDK)

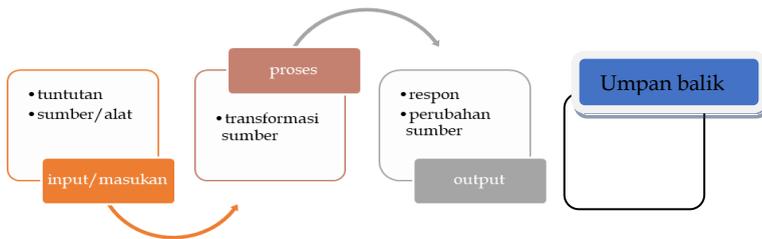


Gambar.1 Diagram fungsi Manajemen SDK

3. Faktor Faktor yang mempengaruhi Sumber Daya Keluarga
Terdapat empat faktor yang mempengaruhi manajemen sumber daya keluarga yaitu:
 - a. Kompleksitas kehidupan keluarga
Maksudnya adalah kehidupan keluarga yang sangat kompleks memerlukan gaya manajemen yang berbeda daripada keluarga yang memiliki masalah tidak terlalu kompleks.
 - b. Stabilitas/ketidakstabilan keluarga
Maksudnya adalah keluarga yang stabil cenderung dapat melakukan manajemen sumber daya keluarga dengan lebih baik karena semua anggota keluarga dapat difokuskan untuk melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan.
 - c. Peran dan perubahan keluarga
Maksudnya adalah Manajemen sumber daya keluarga juga dipengaruhi oleh peran masing-masing anggota keluarga di masyarakat dan juga oleh perubahan dalam keluarga, misalnya adanya keluarga yang meninggal atau baru lahir.
 - d. Teknologi
Maksudnya adalah dengan teknologi yang sudah semakin canggih, keluarga dapat melakukan manajemen sumber dayanya dengan lebih terarah.
4. Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga
Sistem manajemen sumber daya keluarga tergantung pada sistem keluarga itu sendiri. Sistem Keluarga terdiri dari dua subsistem yaitu :
 - a. Sistem individual, sistem ini berperan dalam menerima masukan dari kekuatan eksternal dan mengklarifikasi nilai, menumbuhkan kapasitas person dari seluruh anggota keluarga
 - b. Sistem manajerial yang terdiri dari masukan, proses, keluaran dan umpan balik

5. Proses Manajemen Keluarga

Proses manajemen sumberdaya keluarga terdiri dari masukan, proses, keluaran, dan umpan balik. Berikut GBr 2 proses Manajemen keluarga.



a. Masukan (*input*)

Masukan (*input*) dalam sumber daya keluarga meliputi benda, energi, dan atau informasi yang memasuki sistem dalam berbagai bentuk untuk mempengaruhi proses dalam mencapai hasil atau keluaran. Input atau Masukan untuk keluarga adalah:

- 1) Tuntutan: tujuan atau kejadian yang memerlukan tindakan
- 2) Sumber-sumber: alat atau kemampuan yang dimiliki untuk memenuhi tuntutan yang terdapat pada keluarga karena adanya tujuan dan kejadian

b. Proses (*process*)

Proses adalah transformasi benda, energi dan atau informasi oleh suatu sistem dari masukan sampai keluaran

c. *Output*

Output meliputi benda, energi dan atau informasi yang dihasilkan oleh suatu sistem dalam respon terhadap input dari proses transformasi. *Output* dari sistem manajerial adalah respon terhadap tuntutan dan perubahan sumber-sumber

d. Umpan balik

Umpan balik adalah bagian dari *output* yang memasuki suatu sistem sebagai *input* untuk mempengaruhi *output* yang telah ada

6. Sifat Manajemen Sumber daya Keluarga

- a. Interdisplin
- b. Unik
- c. Aplikasi lintas budaya dan internasional

7. Klasifikasi Sumber Daya Keluarga

Berdasarkan jenisnya terdiri dari:

a. Sumber daya manusia

Sumber daya manusia mempunyai dua ciri, personal dan interpersonal, berikut dapat dibedakan untuk kedua ciri tersebut yaitu:

- 1) Ciri personal, contohnya kognitif, afektif, psikomotor, status kesehatan, minat, bakat, tingkat inteligensia dan sensitivitas. Ciri Personal dari aspek kognitif artinya personal dapat menguasai pengetahuan dalam tahapan sebagai berikut; mengetahui, memahami, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi.

Manfaat sumber daya kognitif pada sumber daya keluarga yaitu; mengidentifikasi hal hal yang menyangkut sumber daya, menganalisis alternative dalam pengambilan keputusan dan mengevaluasi kemungkinan yang realistis untuk mencapai tujuan. Manfaat sumber daya Afektif sebagai berikut ; menumbuhkan rasa percaya, meningkatkan kerja sama dan gotong rayong dan menciptakan rasa berguna.

- 2) Ciri interpersonal, Contohnya HAM, kerjasama/gotong royong dan keterbukaan antar dalam kaitannya dengan pengembangan.

b. Sumber daya non manusia atau materi

Sumber daya non manusia atau sumber daya materi merupakan benda-benda yang mempunyai kegunaan pada individu dan keluarga dalam mencapaitujuan. Sumber daya materi in dapat berupa:

- 1) Benda / barang serta aset keluarga (barang tahan lama barang habis pakai)
- 2) Jasa

c. Sumber Daya Waktu

Sumber daya waktu bersifat unik, tidak dapat ditambah atau dikurangi, diakumulasi atau disimpan, sumber daya waktu yang dimiliki manusia sama yaitu 24 jam selama sehari semalam. Menajemen waktu terdiri dari:

- 1) *Output* dari manajemen waktu adalah jika waktu yang digunakan dapat mencapai tujuan individu dan keluarga
- 2) Dalam mengelola waktu diperlukan kemampuan untuk menempatkan posisi diri dalam lingkungan
- 3) Aktivitas individu akan disesuaikan dengan oranglain, baik dalam aspek pemenuhan pangan,pekerjaan, istirahat atau rekreasi (Nickell dan Dorsey, 1960)

Penggunaan waktu yaitu untuk mencari nafkah, pekerjaan rumah tangga, kegiatan social, kegiatan pendidikan Kegiatan pribadi dan kegiatan waktu luang.

d. Sumber daya berdasarkan ekonomi

Berdasarkan nilai ekonomi terdapat beberapa jenis sumber daya antara lain:

- 1) Sumber daya ekonomi (Home economics)
Adalah sumber daya yang dapat dipertukarkan dan diukur bukan hanya untuk tujuan konsumsi tetapi untuk proses produksi dan industry (lahan, tenaga kerja, modal, keterampilan dan segala sesuatu yang ada di dalam dan di luar keluarga yang bermanfaat.

2) Sumber daya non ekonomi, jumlahnya relatif terbatas, tidak dapat dipertahankan dan sulit diukur

3) Jenis sumber daya berdasarkan asal/ letak
Jenis sumber daya ini terbagi dua, yaitu: sumber daya mikro (internal) dan sumber daya makro (eksternal).

Sumber daya mikro terbagi menjadi dua, pertama yaitu fisik dan non fisik, lalu yang kedua adalah jumlah dan susunan, tingkat pendidikan/pengetahuan, keterampilan, tingkat pendapatan, lahan, status gizi dan kesehatan, ketersediaan waktu luang, tata nilai/agama, hubungan dengan keluarga lain.

Kemudian sumber daya makro, maksudnya sumber daya pada lingkungan (sanitasi, potensi sumber daya alam, tata nilai masyarakat, fasilitas pendidikan, ekonomi dan fasilitas lain).

e. Penggunaan sumber daya

Ada beberapa cara untuk menggunakan sumber daya keluarga antara lain melalui:

1) Pertukaran

Pertukaran sumber daya keluarga dapat dilakukan antara lain ; dengan keluarga atau dengan orang lain. Kemudian Sumber daya bisa berkurang, tetap atau bertambah

2) Proteksi

Dengan cara pengurangan sumber daya untuk mengurangi factor risiko yang tidak diharapkan

3) Konsumsi

Maksudnya untuk peningkatan kualitas kehidupan keluarga

4) Produksi

Maksudnya kegiatan menghasilkan barang atau jasa dengan memanfaatkan sumber daya, yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

- 5) Transfer
Berarti memberikan atau menjual sumber daya .
Misalnya, memberikan uang tunai kepada orang lain merupakan transfer sumber daya.
 - 6) Tabungan
Tabungan adalah bagian dari pendapatan yang tidak dikonsumsi tetapi disimpan untuk digunakan di masa depan. Menabung adalah cara untuk mengamankan uang dan menjadi prioritas bagi segala usia saah satunya digunakan untuk sumber daya keluarga.
 - 7) Investasi
investasi mengalokasikan uang untuk mencapai suatu target dalam jangka waktu tertentu.
- f. Manajemen keuangan keluarga
- Beberapa asumsi manajemen keluarga sebagai berikut:
- 1) Kegiatan merencanakan, mengatur, mengawasi dan mengevaluasi penggunaan pendapatan
 - 2) Firdaus & Sunarti (2009), manajemen keuangan keluarga mencakup komunikasi bagaimana menggunakan pendapatan
 - 3) Ketersediaan sumber daya lain, seperti waktu dan sumber daya manusia, penting dalam melakukan manajemen keuangan, karena sumber daya untuk mencapai tujuan (deacon & Firebough, 1988)
 - 4) Sebagai suatu system, manajemen keuangan mencakup tiga aspek, yaitu *input*, proses dan *output*
 - 5) Aspek input mencakup tujuan, keinginan, kebutuhan dan risiko ekonomi. Penentuan tujuan dan penetapan *budget* merupakan tahap perencanaan dalam proses manajemen keuangan .
 - 6) Bagi keluarga yang baru menikah, tujuan utama dalam penetapan *budget* adalah mencari informasi sebanyak banyaknya mengenai harga barang dan jasa

- 7) Bagi keluarga yang menggunakan kartu kredit, maka yang menjadi tujuan utama adalah menjaga batas kartu kredit sesuai dengan kemampuan finansial mereka (Gross & Crandall, 1973)
- g. Cara mengukur sumber daya
 - Sumber daya keluarga dapat diukur dengan ukuran sebagai berikut :
 - 1) Uang; untuk mengukur sumber daya materi dan potensi manusia (gaji, pekerjaan)
 - 2) Waktu; untuk mengukur berapa banyak waktu yang tersedia dan dimanfaatkan oleh keluarga
8. Mutu modal manusia

Mutu modal manusia dapat ditentukan melalui pendidikan formal, kesehatan dan keterampilan atau kemampuan mencari nafkah. Faktor yang mempengaruhi mutu modal manusia yaitu :

 - a. Variable antara, terdiri dari pendidikan, kesehatan, kemandirian, variabel lain, pendapatan dan kekayaan
 - b. Variabel pengontrol terdiri dari usia, jenis kelamin dan suku bangsa

DAFTAR PUSTAKA

- Alleder, JA., and., Spradley, BW (2001), *Community Health Nursing :concept and practice fifth. Ed. Philadelphia, Lippincott*
- Bailon, G. M. (1978) *Perawatan Kesehatan keluarga*, Jakarta, Pusat Pendidikan tenaga kesehatan Departemen Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *PMK tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Leininger M, MR McFarland. (2011). *Transcultural Nursing*. New York: McGraw-Hill
- Roberts, JR.,& Williams E A" (2020), *Introduction to family nursing (4th ed) Elsevier Health sciece*
- Sulaeman Sutisna Endang (2016) *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Teori dan Implementasi cetakan kedua*, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press, 2015
- Sudiharto. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.

BIODATA PENULIS



Nama: Idayanti, SPd, S.Ke, Ns, M.Kes
Lahir di Pringsewu, 22 Oktober 1969.
Lulusan Universitas Riau (S1) dan
Universitas Sumatera Utara (S2). Gemar
menulis berita *web* di Kampus. Saat ini
tercatat Dosen Kemenkes Poltekkes Riau
Jurusan Keperawatan.

BAB 5

Terapi Modalitas Keluarga

Herlina Partisse Memah, SKM, M.KES

A. Pendahuluan

Salah satu terapi yang dapat dilakukan untuk perubahan maladaptive menjadi perilaku yang adaptif pada keluarga dapat dilakukan terapi Modalitas. Terapi modalitas merupakan suatu proses pemulihan fungsi fisik, mental, emosional dan social kearah keutuhan pribadi yang dilakukan secara holistic (Rahmawati dan Rosyidah, 2020).

Jika keluarga menghadapi masalah individu dalam konteks lingkungan maka lebih menitik beratkan kepada proses interpersonal. Teori terapi keluarga mengacu pada anggota keluarga yang merupakan bagian dari kelompok social (Nadirawati, 2018). Terapi keluarga adalah pendekatan terapeutik yang melihat masalah individu dalam konteks lingkungan khususnya keluarga dan menitik beratkan pada proses interpersonal (Harmoko, 2012). Sehingga terapi keluarga bertujuan untuk meningkatkan kualitas hubungan interpersonal antar anggota dalam keluarga tersebut.

Manusia dikenal sebagai makhluk sosial karena untuk mempertahankan keberadaannya maka harus hidup berkelompok. Kelompok terkecil dalam masyarakat adalah keluarga. Dimana keluarga merupakan institusi sosial yang sangat berpengaruh kepada anggotanya yang akan menentukan sukses atau gagalnya anggotanya dalam kehidupannya (Marilyn M. Friedman, 2003).

B. Konsep Dasar Terapi Modalitas

1. Pengertian Terapi Modalitas

Terapi modalitas banyak digunakan pada keperawatan jiwa, namun bisa juga dipakai untuk terapi keperawatan keluarga. Menurut Prabowo (2014) Terapi modalitas adalah terapi yang diberikan untuk mengubah perilaku klien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku yang adaptif. Sedangkan menurut Nasir dan Muhits (2011) terapi modalitas merupakan bentuk terapi non-farmakologis yang dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman dan system pendukung yang ada ketika menjalani terapi. Dengan kata lain terapi modalitas adalah terapi non farmakologi yang bertujuan untuk mengubah perilaku klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif sehingga klien dapat bertahan dan bersosialisasi dengan keluarga serta lingkungan masyarakat.

2. Prinsip Pelaksanaan Bagi Perawat

Peran perawat dalam terapi modalitas ini adalah sebagai terapi yang dapat melihat potensi yang dimiliki klien atau keluarga sebagai penyembuhan dan gangguan kesehatan pada klien atau keluarga tersebut.

3. Terapi Modalitas pada Keluarga

Salah satu terapi modalitas yang melihat masalah individu dalam konteks lingkungan khususnya keluarga. Dimana teroris terapi keluarga terdiri dari psychodynamic family therapy, behavioural family therapy, group therapy approaches dan structural family therapy dan therapy keluarga. Terapi modalitas adalah terapi yang melibatkan perlakuan terhadap fisik klien, seperti pemberian elektroterapi, kemoterapi, krioterapi dan tindakan pembedahan.

Terapi modalitas sebaiknya tidak diberikan tersendiri pada suatu penatalaksanaan penyakit dan sebaiknya diberikan tambahan terapi baik dalam bentuk terapi latihan maupun intervensi farmakologis. Teknik terapi keluarga dapat digunakan menjadi dua terapi keluarga berstruktur dan terapi individu/ perorangan (Susanto, T., 2012). Terapi keluarga berstruktur adalah suatu kerangka teori teknik pendekatan individu dalam konteks social dengan tujuan mengubah organisasi keluarga. Sedangkan terapi individu adalah suatu tempat yang patologis dan mengumpulkan data yang diperoleh dari atau tentang individu tadi.

Penerapan terapi modalitas pada keluarga dapat diterapkan melalui terapi Teknik keluarga berstruktur dan terapi individu/ perorangan.

4. Indikasi Pemberian Terapi Modalitas Pada Keluarga

Terapi keluarga bermanfaat jika digunakan pada kasus yang tepat. Menurut Walrond Skinner dalam Harmoko (2012), Terapi modalitas pada keluarga dapat diberikan pada keluarga sebagai berikut:

- a. Adanya gejala yang timbul sebagai ekspresi disfungsi dari system keluarga.
- b. Gejala yang timbul lebih menyebabkan beberapa perubahan dalam hubungan anggota keluarganya dan dapat juga merupakan masalah secara individual.
- c. Kesulitan berpisah dalam keluarga
- d. keluarga yang berorientasi psikomatik seperti paranoid schizoid.

5. Tujuan Terapi Modalitas pada Keluarga

Ada beberapa terapi modalitas pada keluarga bertujuan antara lain sebagai berikut:

- a. Agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya,
- b. Mempertahankan keutuhan keluarga
- c. Meningkatkan atau mengembalikan fungsi keluarga seperti yang seharusnya.

6. Jenis-Jenis Terapi Modalitas

Ada beberapa jenis terapi modalitas keluarga (Nadirawati, 2018) antara lain:

a. Coaching/ Bimbingan

Coaching merupakan proses belajar intensif melalui bimbingan perorangan, demonstrasi dan praktik yang diikuti dengan pemberian umpan balik segera. Bimbingan ini bertujuan untuk meningkatkan, mengembangkan dan menerapkan materi pembelajaran atau prosedur misalnya prosedur belajar yang efektif, Senam dan lain-lain.

b. Konseling

Konseling merupakan proses saling belajar yang menyangkut dua individu dalam suasana edukatif. Konseling ini diberikan bantuan keluarga dalam mengemukakan masalah yang dialaminya, membantu keluarga mengambil keputusan bersama dalam upaya mencari solusi sesuai dengan sumber yang dimiliki keluarga.

c. Game terapi

Suatu cara untuk menarik perhatian terhadap suatu objek yang dilakukan bersama anggota keluarga yang bertujuan untuk memecahkan pokok materi permainan yang sedang dimainkan, dan mendorong keikutsertaan pemain dan mengajarkan suatu pelajaran yang berbeda.

d. Modifikasi perilaku

Modifikasi perilaku keluarga dilakukan dengan prinsip perjanjian kontrak dan prinsip ekonomi. Perjanjian yang dibuat antara terapis dalam hal ini perawat dengan , perjanjian ini berisi punishment dan reward. Prinsip ekonomi ini berfungsi untuk mendisiplinkan remaja dalam manajemen aktivitas kesehariannya dan bangun tidur sampai tidur pada malam harinya.

- e. Token Ekonomi
Token ekonomi adalah bentuk reinforcement positif yang sering digunakan pada kelompok anak-anak atau klien yang mengalami masalah psikiatrik. Modifikasi dengan pemberian penghargaan yang dilakukan bersamaan dengan dengan umpan balik. Contohnya memberikan reinforcement positif jika anak gosok gigi sebelum tidur.
 - f. Relaksasi Progresif
Relaksasi progresif adalah upaya menanggulangi stress, ketegangan jiwa dan raga individu serta keluarga untuk meningkatkan manajemen stress terkait dengan pola coping keluarga.
 - g. Latihan Asertif
Latihan asertif adalah suatu terapi pada keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu untuk mengkomunikasi apa yang diinginkan, dirasakan dan dipikirkan kepada orang lain namun tetap menjaga hak-hak serta perasaan orang lain.
 - h. Komunikasi Efektif
Komunikasi efektif adalah suatu proses penyampaian pikiran dan perasaan melalui bahasa, pembicaraan, mendengar bahasa gerakan untuk membangun hubungan yang harmonis dengan remaa dan membentuk suasana kterebutujuan dan mendengar diantara orangtua dan remaja sehingga konflik dama dihidari.
7. Contoh prosedur terapi modalitas keluarga
- Salah satu jenis penerapan terapi modalitas pada keluarga dengan cara bimbingan/ coaching. Bimbingan yang dapat dilakukan adalah dengan Senam lansia pada keluarga dengan lansia.

- a. Defenisi
Senam lansia adalah serangkaian gerak yang teratur, terarah serta terencana, dilakukan dengan maksud meningkatkan kemampuan fungsional tubuh.
- b. Manfaat senam lansia
 - 1) Terpeliharanya kesehatan jantung dan system pernafasannya
 - 2) Terpeliharanya otot, daya tahan dan kelenturannya tubuh.
 - 3) Kenaikan berat badannya dapat terkendali
 - 4) Tekanan darah stabil
 - 5) Mencegah terjadinya kehilangan massa tulang.
 - 6) Adanya pengaruh senam lansia dengan kualitas hidup (yuliyana, 2018).
- c. Syarat mengikuti senam lansia
Komponen kesegaran jasmani yang dilatih adalah ketahanan jantung dan paru-paru, serta kelenturan (fleksibilitas,kekuatan otot).
 - 1) Selalu mempertahankan keselamatan
 - 2) Latihan teratur dan tidak terlalu berat
 - 3) Hindari kompetisi-kompetisi
 - 4) Tidak dianjurkan apabila tekanan lebih dari 140/100mmHg.
- d. Prosedur Gerakan Senam lansia
 - 1) Latihan kepala dan leher
 - a) Putar kepala ke kiri dan kanan sambil melihat bahu
 - b) Miringkan kepala ke bahu kiri dan kanan
 - 2) Latihan bahu dan lengan
 - a) Angkat kedua bahu ke atas mendekati telinga, kemudian turunkan kembali perlahan-lahan.

- b) Tepukkan kedua telapan tangan dan regangkan lengan ke depan setinggi bahu.

DAFTAR PUSTAKA

- Harmoko. (2012). Asuhan Keperawatan Keluarga. Semarang: Pustaka Pelajar.
- Marilyn M. Friedman, V. R. (2003). Family Nursing; Rearch, theory, and Practice. New jersey : prentice Hall.
- Nadirawati. (2018). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga : Teori dan Aplikasi Praktik. Cimahi: PT Refika Aditama.
- Nasir, Abdul dan Abdul, Muhith. (2011). Dasar- dasar keperawatan jiwa, Pengantar dan teori. Jakarta : Salemba M
- Susanto, T. (2012). Keperawatan keluarga : Aplikasi teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga. Jakarta: Trans Info Media.
- Rahmawati Iva, dan Rosyidah Inayatur.(2020). Malang: Media Nusa Creative.
- Prabowo, Eka. (2014). konsep& aplikasi asuhan keperawatan jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yuliyana. (2018). Pengaruh Senam Lansia Dengan Kualitas Hidup Di Panti Werdha.
<http://dx.doi.org/10.31000/jiki.v1i2.199>.

BIODATA PENULIS



Herlina Partisse Memah, SKM, M.Kes, Lahir di Langowan pada 18 Agustus 1965. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Hasanuddin Ujung Pandang (S1) dan Universitas Sam Ratulangi Manado (S2) dengan meraih prestasi Cumlaude. Wanita kerap di sapa herlina ini adalah anak dari pasangan Ventje Memah (Alm) dan Leonora D. Pondaag, dan telah menikah dengan Drs. Frecky A. Mononutu. Herlina Memah bukanlah orang baru dalam dunia pendidikan terutama dibidang Kesehatan dan, Herlina berhasil menata karir sebagai Dosen di jurusan Keperawatan dengan berbagai keberhasilan sesuai kompetensi.

BAB 6

Asuhan Keperawatan Keluarga Sesuai dengan Tahapan Perkembangan Keluarga

Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes

A. Pendahuluan

Asuhan keperawatan keluarga merupakan pendekatan penting dalam praktik keperawatan yang menekankan perawatan kesehatan dalam konteks keluarga. Keluarga, sebagai unit terkecil dalam masyarakat, berfungsi sebagai sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang saling bergantung dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama. Dalam konteks ini, asuhan keperawatan keluarga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, dengan mempertimbangkan tahapan perkembangan keluarga yang berbeda (Arya Ramadia, 2023).

Asuhan keperawatan keluarga merupakan salah satu bentuk layanan kesehatan yang berfokus pada keseluruhan kondisi kesehatan keluarga, bukan hanya pada individu tunggal. Proses ini melibatkan pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Tahapan perkembangan keluarga sangat signifikan karena setiap tahap memiliki tugas perkembangan yang unik dan spesifik (Lestari & Windyastuti, 2020).

Proses keperawatan keluarga akan relative berbeda pada siapa yang akan menjadi fokus keperawatan. Perbedaan focus tergantung konseptualisasi keluarga dari

perawat tersebut. Jika dilihat keluarga sebagai latar belakang atau konteks dari pasien individu, maka anggota keluarga secara individu merupakan fokus dan proses keperawatan yang berorientasi secara individu. Dalam hal ini proses keperawatan merupakan suatu proses yang kompleks dan bersifat dinamis dengan menggunakan pendekatan yang sistematis pada keluarga dan anggota keluarga dengan metode ilmiah (Dion & Yasinta Betan, 2015).

B. Tahapan Perkembangan Keluarga

Keluarga sebagaimana individu berubah dan berkembang setiap saat. Masing-masing tahap perkembangan mempunyai tantangan, kebutuhan, sumber daya tersendiri, dan meliputi tugas yang harus dipenuhi sebelum keluarga mencapai tahap yang selanjutnya. Menurut Duvall (1977) (dalam Fazri et al., 2023) terdapat 8 tahapan perkembangan keluarga (*Eight-Stage Family Life Cycle*):

- a. *Beginning Family*, keluarga pasangan baru menikah dan belum memiliki anak.
- b. *Child bearing family* (oldest child birth-30 month), keluarga dengan seorang anak pertama yang baru lahir.
- c. *Families with preschool children* (oldest child 2,5-6 years), keluarga dengan anak pertama yang berusia prasekolah.
- d. *Families with school children* (oldest child 6-13 years), keluarga dengan anak yang telah masuk sekolah dasar.
- e. *Families with teenagers* (oldest child 13- 20 years), keluarga dengan anak yang telah remaja.
- f. *Families launching young adults* (first child gone to last child's leaving home), keluarga dengan anak yang telah dewasa dan telah menikah.
- g. *Middle aged parents* (empty nest to retirement), keluarga dengan orang tua yang telah pensiun.
- h. *Aging family members* (retirement to death of both spouse), keluarga dengan orang tua yang telah lanjut usia.

C. Tugas Perkembangan Keluarga

Terdapat tahapan-tahapan didalam siklus kehidupan keluarga, seperti halnya individu-individu yang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan secara terus menerus. Menurut Duval (dalam Wahyuni et al., 2021) mengemukakan bahwa terdapat delapan tahap siklus kehidupan keluarga beserta tugas perkembangannya adalah sebagai berikut :

a. Tahap keluarga pasangan baru (*beginning family*)

Keluarga baru/ pasangan yang belum memiliki anak. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- b. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- c. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
- d. Menetapkan tujuan Bersama
- e. Persiapan menjadi orang tua
- f. Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).

b. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*child bearing*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan. Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- a. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dalam keluarga)
- b. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- c. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- d. Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek, dan nenek
- e. Bimbingan orangtua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
- f. Konseling KB post partum 6 minggu
- g. Menata ruang untuk anak
- h. Menyiapkan biaya Child bearing
- i. Memfasilitasi role learning anggota keluarga

- j. Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.
- c. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah (*Families with preschool children*)

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan – 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
 - b. Mensosialisasikan anak
 - c. Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
 - d. Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
 - e. Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
 - f. Pembagian tanggung jawab
 - g. Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.
- d. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah (*Families with school children*)

Keluarga dengan anak pertama berusia 6 – 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
- b. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- c. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
- d. Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- e. Menyediakan aktivitas untuk anak.

- e. Tahap keluarga dengan anak remaja (*Families with teenagers*)

Keluarga dengan anak pertama berusia 13 - 20 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika menjadi dewasa dan semakin mandiri
 - b. Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
 - c. Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
 - d. Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.
- f. Tahap keluarga dengan anak dewasa (*Families launching young adults*)

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
 - b. Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
 - c. Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
 - d. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
 - e. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
 - f. Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anakanaknya
- g. Tahap keluarga usia pertengahan (*Middle aged parents*)

Tugas perkembangan keluarga:

- a. Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- b. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak

- c. Memperkokoh hubungan perkawinan
- d. Persiapan masa tua/ pensiun.
- h. Tahap keluarga lanjut usia (*Aging family members*)
 - Tugas perkembangan keluarga:
 - a. Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
 - b. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
 - c. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
 - d. Mempertahankan hubungan perkawinan
 - e. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
 - f. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
 - g. Melakukan life review masa lalu.
 - h. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
 - i. Adaptasi dengan perubahan kehilangan teman, kekuatan fisik dan pendapatan.

Dengan mempertimbangkan adanya keumuman usia perkawinan yang berbeda pada setiap tahapan tahapan perkembangan keluarga, maka dalam penelitian ini peneliti memfokuskan pada subyek yang berada pada tiga tahapan perkembangan keluarga, yaitu keluarga tanpa anak, keluarga dengan anak usia

D. Tujuan Tahapan Perkembangan Keluarga

Tahapan perkembangan keluarga adalah kerangka kerja yang membantu memahami dinamika dan tugas yang dihadapi oleh keluarga di berbagai fase kehidupan. Setiap tahap memiliki tujuan spesifik yang berkontribusi pada pertumbuhan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga. Berikut adalah tujuan dari setiap tahapan perkembangan keluarga menurut Duvall:

1. Tahap Keluarga Pasangan Baru (*Beginning Family*)
 - Menciptakan ikatan yang kuat antara pasangan untuk membentuk dasar hubungan yang sehat, mengidentifikasi dan merencanakan tujuan hidup bersama sebagai

pasangan, memahami aspek kehamilan, persalinan, dan peran sebagai orang tua.

2. Tahap Keluarga Sedang Mengasuh Anak (Child Bearing)
Membentuk unit keluarga yang stabil dengan kehadiran anak pertama, mengatasi konflik antara tugas-tugas baru dan kebutuhan anggota keluarga, menjaga komunikasi dan keintiman dalam hubungan suami istri.
3. Tahap Keluarga dengan Anak Prasekolah (Pre School Family)
Menyediakan rumah, ruang bermain, dan keamanan bagi anak, membantu anak berinteraksi dengan lingkungan sosialnya, menjaga komunikasi yang baik antara orang tua dan anak serta antar anggota keluarga.
4. Tahap Keluarga dengan Anak Sekolah (School Family)
Mendorong anak untuk berprestasi di sekolah dan berinteraksi dengan teman sebaya, menjaga keintiman dan komunikasi dalam hubungan suami istri, memenuhi kebutuhan finansial dan kesehatan anggota keluarga.
5. Tahap Keluarga dengan Anak Remaja (Teenager Family)
Membantu remaja mengembangkan kemandirian sambil tetap bertanggung jawab, menghindari konflik melalui dialog yang jujur antara orang tua dan anak, memastikan bahwa hubungan antar anggota keluarga tetap kuat.
6. Tahap Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda (Adult Family)
Menyambut anggota baru dari pernikahan anak-anak, membantu anak-anak menyesuaikan diri dengan kehidupan mandiri, mengorganisasi kembali peran dalam rumah tangga setelah anak-anak mulai meninggalkan rumah.
7. Tahap Keluarga Usia Pertengahan (Middle Age Family)
Fokus pada kesehatan fisik dan mental untuk menjaga kualitas hidup, menjalin hubungan baik dengan teman sebaya dan anak-anak, menghabiskan waktu berkualitas bersama pasangan untuk memperkuat ikatan.

8. Tahap Keluarga Lanjut Usia (Older Adult Family)
Menyesuaikan diri dengan kehilangan pasangan atau perubahan fisik seiring bertambahnya usia, menciptakan lingkungan yang nyaman bagi semua anggota keluarga, memastikan interaksi yang positif antara generasi tua dan muda dalam keluarga.

E. Contoh Implementasi pada Tiap Tahap Perkembangan

1. Tahap Keluarga Pasangan Baru
Membantu mereka dalam membangun hubungan yang kuat dan memahami konsep prenatal care.
2. Tahap Keluarga Sedang Mengasuh Anak
Mereka butuh dukungan dalam integrasi bayi baru dan manajemen waktu yang lebih baik.
3. Tahap Keluarga dengan Anak Prasekolah
Mereka butuh bantuan dalam memenuhi kebutuhan dasar anak dan mengintegrasikan anak ke dalam lingkungan sosial.
4. Tahap Keluarga dengan Anak Sekolah
Mereka butuh dukungan dalam meningkatkan prestasi akademik anak dan mempromosikan pola hidup sehat.
5. Tahap Keluarga dengan Anak Remaja
Mereka butuh bantuan dalam mengarahkan perilaku positif dan memfasilitasi komunikasi yang lebih baik antara orangtua dan anak.
6. Tahap Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda
Mereka butuh dukungan dalam transisi menuju independensi anak dan mempertahankan hubungan yang kuat.
7. Tahap Keluarga Usia Pertengahan
Mereka butuh bantuan dalam mempersiapkan masa tua dan mempertahankan kesehatan mental dan fisik.

8. Tahap Keluarga Lanjut Usia

Mereka butuh dukungan dalam menyesuaikan diri dengan perubahan fisik dan emosional serta mempertahankan ikatan keluarga.

F. Proses Asuhan Keperawatan Keluarga

Keluarga adalah salah satu aspek terpenting dari perawatan. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan nentry point dalam upaya mencapai kesehatan masyarakat secara optimal. Keluarga juga disebut sebagai sistem sosial karena terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Dalam hal ini, keluarga mempunyai anggota yang terdiri dari ayah, ibu dan anak atau sesama individu yang tinggal di rumah tangga tersebut (Iman & Jelita Harefa, 2019).

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang di berikan melalui praktek keperawatan kepada keluarga, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga. Sedangkan pengertian yang lain perawatan keluarga adalah tingkat keperawatan kesehatan yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran atau penyalur. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga digunakan suatu pendekatan yang sistemik yaitu dengan keperawatan kesehatan keluarga (Satri Andani Zendrato, 2019).

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus-menerus terhadap keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian melalui proses dari anamnesa (wawancara), pemeriksaan atau pengkajian fisik anggota keluarga dan pemeriksaan diagnostik maupun laboratorium serta dokumen rekam medik. Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenai keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan, harapan, teori, dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan (Vonny Polopadang & Nur Hidayah, 2019).

Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang dilakukan pada tahap ini akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pasien dapat diidentifikasi (Rohmah & walid, 2012)

b. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang keluarga. Diagnosa ini berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah keluarga yang dapat di tangani oleh perawat. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap permasalahan kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa ini memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat. Diagnosa

keperawatan keluarga merupakan hasil dari analisis data dari hasil pengkajian keluarga, yang dimana diagnosis diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga, dan lingkungan keluarga (Andarmoyo & Sulisty, 2020).

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012).

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien, baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian.

c. Intervensi Keperawatan Keluarga

Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Vonny Polopadang & Nur Hidayah, 2019).

Dalam melakukan tindakan keperawatan maka perlu dilakukan perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan yang dimulai dari penentuan

tujuan (khusus dan umum), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga. Adapun beberapa tingkat tujuan yang disusun dalam jangka pendek (khusus) dan jangka panjang (umum). Tingkatan ini digunakan untuk membedakan masalah yang dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga. Tujuan khusus atau jangka pendek sifatnya spesifik, dapat di ukur, dapat dimotivasi atau memberi kepercayaan pada keluarga bahwa kemajuan sedang dalam proses dan membimbing keluarga ke arah tujuan jangka panjang atau umum. Tujuan jangka panjang atau umum merupakan tujuan akhir yang menyatakan maksud-maksud luas yang diharapkan oleh keluarga agar dapat tercapai. Selanjutnya terdapat penetapan kriteria dan standar yang di dalamnya memuat komponen yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (tindakan) (Dion & Yasinta Betan, 2015).

d. Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan dimana melaksanakan intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya. Implementasi keperawatan adalah penataan dan perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah disusun. Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat sesuai intervensi yang telah direncanakan sebelumnya untuk membantu pasien mencegah, mengurangi dan menghilangkan efek dan respon yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan (Zaidar & Teuku Mursalat, 2022).

Sedangkan menurut Dian Hadinata & Awaludian Abdillah (2022) tindakan keperawatan atau implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun. Dalam

proses ini, perawat harus memiliki keterampilan kognitif, interpersonal, dan teknis untuk melaksanakan tindakan secara efektif. Implementasi merupakan langkah nyata yang dilakukan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien, dengan tujuan untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal (Vonny Polopadang & Nur Hidayah, 2019).

Dari beberapa pengertian tersebut, disimpulkan bahwa implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya. Adapun prinsip yang mendasar implementasi keperawatan keluarga antara lain:

- 1) Implementasi mengacu padarencana perawatan yang dibuat
 - 2) Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah.
 - 3) Kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan.
 - 4) Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi (Satri Andani Zendrato, 2019).
- e. Evaluasi Keperawatan Keluarga
- Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap

intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan klien. Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Kemampuan dalam pengetahuan standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan (Dian Hadinata & Awaludian Abdillah, 2022). Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan keluarga. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Dalam evaluasi terdapat 2 jenis pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut :

1) Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan. penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP.

2) Evaluasi Sumatif

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan. Bila terdapat ketidaksesuaian dalam hasil yang dicapai, keseluruhan proses mulai dari pengkajian sampai dengan tindakan perlu ditinjau kembali. Ada beberapa metode yang perlu dilaksanakan dalam melakukan evaluasi diantaranya adalah observasi langsung, wawancara, memeriksa laporan dan latihan stimulasi (Dion & Yasinta Betan, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, & Sulistyono. (2020). *Buku Keperawatan Keluarga "Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan"*. graha ilmu.
- Arya Ramadia. (2023). *Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga* (M. Ekaputri (ed.)). Tahta Media Group.
- Dian Hadinata, & Awaludian Abdillah. (2022). *Metedologi Keperawatan* (Sri Wahyuni (ed.); Pertama). Widina Bhakti Persada Bandung.
- Dion, Y., & Yasinta Betan. (2015). Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik. In *Nuha Media*.
- Fazri, N. A., Sari, R. P., Basri, M. H., & Safitri, A. (2023). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Tahap Perkembangan Usia Pertengahan Keluarga Bapak R Khususnya Pada Ibu M Dengan Masalah Gout Arthritis Terhadap Terapi Kompres Jahe Di Kampung Bayur Pintu 1000 Tangerang. *Jurnal Ilmu Farmasi Dan Kesehatan*, 1(3), 136–142.
- Iman, E., & Jelita Harefa. (2019). Penerapan Konsep Dasar Proses Keperawatan Keluarga. *Medicine and Health Sciences*. <https://doi.org/https://doi.org/10.31227/osf.io/xq75b>
- Lestari, D., & Windyastuti, E. (2020). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Tahap Perkembangan Anak Usia Remaja. *Unoversitas Kusuma Husada Surakarta*, 33, 5–24.
- Satri Andani Zendrato. (2019). Perencanaan Asuhan Keperawatan dalam Pasien Keluarga. *Science and Mathematics Education*. <https://doi.org/https://doi.org/10.31227/osf.io/a8trz>
- Vonny Polopadang, & Nur Hidayah. (2019). *Proses Keperawatan Pendekatak Teori Dan Praktik* (Fitriani (ed.); 1st ed.). Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Wahyuni, T., Parliani, & Hayati, D. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dilengkapi Riset & Praktik* (R. Awahita (ed.)). CV Jejak, anggota IKAPI.
- Zaidar, & Teuku Mursalat. (2022). *Panduan Asuhan Keperawatan (PAK)*.

BIODATA PENULIS



Ellen Pesak, S.Kep., Ners., M.Kes, Lahir di Lembean, 15 April 1970 (Manado). Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan mulai dari SPK Dep.Kes Manado lulus tahun 1988, kemudian Akper Keguruan Dep.Kes Tidung Ujung Pandang dan lulus tahun 1998, penulis menekuni Ilmu keperawatan di PSIK FK UNPAD Bandung lulus tahun 2003, dan melanjutkan ke Program Profesi Ners UNPAD Bandung lulus tahun 2005, kemudian melanjutkan ke Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat minat Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) UNDIP Semarang, lulus tahun 2012, Pada tahun 1989 sd 1991 bekerja sebagai *Instructur Clinical* di RSU Gunung Wenang Manado, kemudian Pekerjaan saat ini adalah dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2006 sampai sekarang ini, Penulis aktif dalam peningkatan kompetensi dengan melakukan update ilmu melalui pelatihan, seminar dan workshop dalam bidang pengajaran dan penelitian.

BAB 7

Model Konseptual Keperawatan Keluarga (Imogene King)

Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN

A. Pendahuluan

Imogene King adalah salah satu tokoh penting dalam keperawatan yang mengembangkan model konseptual berbasis interaksi manusia. Model ini dikenal dengan "Goal Attainment Theory" atau teori pencapaian tujuan. Dalam konteks keperawatan keluarga, model ini sangat relevan untuk memahami dinamika interaksi antara perawat dan keluarga sebagai unit perawatan. Teori ini menekankan pada pentingnya komunikasi, kolaborasi, dan pencapaian tujuan bersama dalam proses keperawatan.

Imogene King mengembangkan teorinya pada tahun 1960-an dengan fokus pada tiga sistem utama: sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial. Ketiga sistem ini menjadi kerangka kerja untuk memahami interaksi manusia dalam konteks keperawatan. Dalam keperawatan keluarga, sistem ini membantu perawat untuk:

1. Mengidentifikasi kebutuhan individu dalam keluarga.
2. Memahami hubungan interpersonal di dalam keluarga.
3. Menganalisis pengaruh lingkungan sosial terhadap keluarga.

B. Konsep Utama dalam Model Konseptual

1. Sistem Personal

Menurut King, setiap individu adalah sistem personal yang saling berinteraksi. Untuk sistem personal, konsep

yang relevan meliputi persepsi, citra diri, pertumbuhan dan perkembangan, kebutuhan tubuh, serta waktu.

a. Persepsi

Persepsi adalah gambaran seseorang tentang objek, orang, atau kejadian. Persepsi dapat berbeda dari satu orang ke orang lain, dan hal ini bergantung pada pengalaman masa lalu, latar belakang, pengetahuan, serta status emosi individu. Karakteristik persepsi bersifat universal atau dialami oleh semua orang, selektif terhadap berbagai hal, dan subjektif atau bersifat personal.

b. Diri

Diri adalah bagian dalam kehidupan seseorang yang mencakup perasaan dan berbagai hal lainnya. Diri merepresentasikan individu atau ketika seseorang menyebutkan "AKU." Karakteristik diri bersifat individual yang dinamis, merupakan sistem terbuka, dan berorientasi pada tujuan.

c. Pertumbuhan dan Perkembangan

Tumbuh kembang mencakup perubahan pada sel, molekul, dan perilaku manusia. Perubahan ini biasanya terjadi secara bertahap dan dapat diprediksi, meskipun setiap individu memiliki variasi yang dipengaruhi oleh fungsi genetika dan pengalaman yang berarti serta memuaskan. Tumbuh kembang dapat didefinisikan sebagai proses sepanjang kehidupan seseorang, di mana individu bergerak menuju pencapaian potensi untuk mencapai aktualisasi diri.

d. Citra tubuh

King mendefinisikan citra diri sebagai bagaimana seseorang merasakan tubuhnya dan bagaimana ia bereaksi terhadap penampilan tubuh tersebut.

e. Ruang

Ruang bersifat universal karena setiap individu memiliki konsep ruang, baik secara personal atau subjektif, individual, situasional, maupun bergantung pada hubungannya dengan situasi, jarak, waktu, atau transaksional, yang didasarkan pada persepsi individu terhadap situasi tersebut. Secara operasional, ruang mencakup dimensi fisik yang tersedia untuk segala arah, yang didefinisikan sebagai area fisik tertentu dan perilaku yang terjadi di dalamnya.

f. Waktu

King mendefinisikan waktu sebagai durasi yang memisahkan satu peristiwa dengan peristiwa lainnya, yang merupakan pengalaman unik bagi setiap individu, serta hubungan antara satu kejadian dengan kejadian lainnya.

Dalam kaitannya dengan keperawatan keluarga, maka konsep King sebagai berikut:

- a. Fokus pada individu sebagai entitas unik.
- b. Dalam keluarga, sistem ini mencakup pemahaman tentang persepsi, emosi, dan nilai-nilai setiap anggota keluarga.

2. Sistem Interpersonal

King mengemukakan bahwa sistem interpretasi terbentuk melalui interaksi antar manusia. Interaksi ini terbagi menjadi dua jenis: TRIAD, yang melibatkan tiga elemen, dan GROUP, yang melibatkan empat elemen. Konsep yang terkait dengan sistem interpretasi ini mencakup interaksi, komunikasi, transaksi, perencanaan, dan stres.

a. Interaksi

Interaksi dapat didefinisikan sebagai perilaku yang dapat diamati antara dua pihak atau lebih dalam hubungan timbal balik.

b. Komunikasi

King mendefinisikan komunikasi sebagai proses pertukaran informasi antara individu, baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti melalui telepon, televisi, atau tulisan. Komunikasi bersifat kontekstual, dinamis, transaksional, dan bisa berupa verbal maupun non-verbal. Ini adalah proses di mana makna disampaikan dari satu pihak ke pihak lainnya. Aspek perilaku yang penting dalam komunikasi meliputi sentuhan, postur, ekspresi wajah, bahasa, penampilan, dan gerakan tubuh.

c. Transaksi

Transaksi adalah unik karena setiap individu memiliki realitas pribadi yang dipengaruhi oleh persepsi mereka. Dimensi temporal-spasial menunjukkan bahwa setiap individu memiliki pengalaman atau serangkaian pengalaman yang terjadi dalam waktu tertentu.

d. Peran

Peran melibatkan pandangan tentang bagaimana seseorang di suatu saat berfungsi sebagai pemberi dan penerima elemen utama dari peran tersebut. Peran ini mencakup pengambilan keputusan dan perilaku yang diharapkan dari pihak yang menduduki posisi dalam sistem sosial, yang dipengaruhi oleh hak dan kewajiban yang terkait dengan peran atau organisasi, serta hubungan antara berbagai pihak yang terlibat dalam interaksi untuk tujuan tertentu dalam situasi khusus.

e. Stres

Definisi stres menurut King adalah suatu kondisi dinamis yang melibatkan interaksi manusia dengan lingkungannya untuk mempertahankan keseimbangan perkembangan, kemajuan, dan kekuatan. Stres menciptakan ketegangan energi dan

informasi antara seseorang dengan lingkungannya untuk mengatur stres tersebut. Stres adalah suatu fenomena dinamis yang berhubungan dengan sistem terbuka yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan, dengan intensitas yang bervariasi, tergantung pada pengalaman masa lalu, individu, dan faktor subyektif.

Dalam kaitannya dengan keperawatan keluarga, maka konsep King sebagai berikut:

- a. Berfokus pada interaksi antara dua atau lebih individu.
- b. Dalam keperawatan keluarga, sistem ini mencakup hubungan antar anggota keluarga dan interaksi dengan perawat.

3. Sistem Sosial

King mendefinisikan sistem sosial sebagai sistem batasan untuk perilaku dan praktik organisasi sosial yang berkembang, yang bertujuan untuk menjaga nilai-nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik-praktik dan aturan yang berlaku. Konsep yang terkait dengan sistem sosial mencakup organisasi, aktivitas, kekuasaan, status, dan pengambilan keputusan.

a. Organisasi

Organisasi didefinisikan sebagai struktur posisi yang saling berhubungan dan aktivitas yang berhubungan dengan pengaturan formal dan informal antara individu dan kelompok untuk mencapai tujuan pribadi atau organisasi.

b. Otoritas

King mendefinisikan "aktivitas" atau "kekuatan" sebagai proses transaksi yang timbal balik, di mana latar belakang, persepsi, dan nilai-nilai pemegang peran mempengaruhi definisi, validasi, dan penerimaan posisi dalam organisasi serta hubungan dengan kekuatan tersebut. Melibatkan struktur sosial

yang lebih luas seperti budaya, ekonomi, dan lingkungan.

- c. **Kekuasaan**
Kekuasaan adalah suatu konsep universal, situasional, atau bisa juga merupakan gabungan dari aspek-aspek pribadi yang esensial dalam organisasi. Kekuasaan dihasilkan melalui berbagai sumber dalam suatu situasi dinamis dan berorientasi pada pencapaian tujuan.
- d. **Pembuat Keputusan**
Pemberdayaan atau pengambilan keputusan merujuk pada proses untuk mengatur setiap aspek kehidupan dan pekerjaan. Proses ini bersifat universal, melibatkan individu, personal, subyektif, dan situasional, serta terus berlangsung seiring waktu dengan orientasi pada pencapaian tujuan.
- e. **Status**
Status merujuk pada posisi dalam suatu situasi atau ketergantungan, yang dapat berubah tergantung pada konteks. King mendefinisikan status sebagai posisi seseorang dalam kelompok atau dalam hubungan dengan kelompok lain dalam suatu organisasi, yang mencakup pemahaman tentang hak istimewa, tugas, dan kewajiban yang terkait dengan posisi tersebut.

C. Penerapan Model dalam Keperawatan Keluarga

1. Penerapan dalam asuhan keperawatan

Model konseptual Imogene King diterapkan dalam keperawatan keluarga melalui pendekatan sistematis yang mencakup:

- a. **Pengkajian**
 - 1) Mengidentifikasi kebutuhan kesehatan keluarga.
 - 2) Menilai interaksi antar anggota keluarga.
 - 3) Menganalisis pengaruh lingkungan sosial terhadap kesehatan keluarga.

Contoh: Mengkaji apakah keluarga memiliki akses yang memadai ke fasilitas kesehatan dan sumber daya lain yang diperlukan.

b. Perencanaan

- 1) Menetapkan tujuan bersama antara keluarga dan perawat.
- 2) Mengembangkan rencana tindakan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga.
- 3) Rencana ini harus mempertimbangkan keterlibatan aktif semua anggota keluarga dalam proses perawatan.

c. Implementasi

- 1) Melaksanakan intervensi berdasarkan rencana yang telah disepakati.
- 2) Melibatkan keluarga secara aktif dalam proses perawatan.

Contohnya, memberikan edukasi tentang manajemen penyakit kronis kepada seluruh anggota keluarga.

d. Evaluasi

- 1) Menilai pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.
- 2) Mengevaluasi efektivitas intervensi dan merevisi rencana jika diperlukan.
- 3) Evaluasi dapat dilakukan melalui diskusi dengan keluarga untuk mengetahui apakah tujuan kesehatan telah tercapai.

2. Keunggulan dan keterbatasan model

a. Keunggulan

- 1) Memberikan kerangka kerja yang sistematis untuk interaksi perawat dan keluarga.
- 2) Mendorong kolaborasi dan komunikasi efektif.
- 3) Fokus pada pencapaian tujuan bersama.
- 4) Mengintegrasikan faktor personal, interpersonal, dan sosial dalam proses keperawatan.

b. Keterbatasan

- 1) Membutuhkan waktu yang cukup lama untuk memahami kebutuhan keluarga secara mendalam.
- 2) Terkadang sulit untuk mencapai konsensus tujuan antara keluarga dan perawat.
- 3) Kompleksitas interaksi antar sistem dapat menjadi tantangan bagi perawat yang kurang berpengalaman.

Model konseptual Imogene King memberikan panduan yang komprehensif untuk praktik keperawatan keluarga. Dengan fokus pada interaksi, komunikasi, dan pencapaian tujuan, model ini memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan yang holistik dan berbasis kebutuhan keluarga. Dalam konteks keperawatan modern, penerapan model ini tetap relevan, terutama dalam mendukung keluarga untuk menghadapi tantangan kesehatan yang kompleks.

Penerapan teori ini memerlukan pemahaman mendalam tentang dinamika keluarga dan kemampuan perawat untuk membangun hubungan yang kuat dengan keluarga. Dengan demikian, model ini tidak hanya meningkatkan kualitas perawatan tetapi juga membantu keluarga mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Gutiérrez-Alemán T, Esandi N, Pardavila-Belio MI, et al. Effectiveness of Educational Programs for Clinical Competence in Family Nursing: A Systematic Review. *Journal of Family Nursing*. 2021;27(4):255-274. doi:10.1177/10748407211038683
- Tan, X., & Su, X. (2024). Continuity of Nursing Service Platform under " Smart Elderly Care" and Its Application Value in Family Nursing of Elderly Patients after Discharge.[J]. *Alternative therapies in health and medicine*, AT10193.
- Svavarsdottir EK, Tryggvadottir GB, Gisladdottir M, Erlendsdottir RO. Enhancing family nursing practice in schools: School nurses' perspectives on illness beliefs and family nursing practice skills when caring for children with attention-deficit hyperactivity disorder or asthma – A cross-sectional study. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2021;41(4):216-223. doi:10.1177/20571585211009690
- Anargul Kuntuganova, Assem Doskeldinova, & Heli Vaartio-Rajalin (2021). King's middle-range theory of goal attainment – a feasible framework for nursing. *Астана медициналық журналы*, 110 (4), 45-52. doi: 10.54500/2790-1203.110.4.2021.45-52
- Silva, V. G. F. D., Melo, L. G. D. S., Silva, B. N. D., & Souza, N. L. D. (2024). Nursing care in serodifferent relationships: an analysis in the light of Imogene King. *Escola Anna Nery*, 28, e20240016. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0016en>
- Fronczek AE. Ushering in a New Era for King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment. *Nursing Science Quarterly*. 2022;35(1):89-91. doi:10.1177/08943184211051373

BIODATA PENULIS



Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN, Lahir di Ranomeeto, 05 Juli 1984. Memulai Pendidikan Tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Famika Makassar pada tahun 2001 dan lulus pada tahun 2006. Melanjutkan Pendidikan Strata dua dalam bidang Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Western Mindanao State University Tahun 2008-2010. Saat ini bekerja sebagai tenaga pendidik di Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga, Fakultas Sains dan Teknologi Universitas Sembilanbelas November Kolaka

BAB 8

Model Konsep Keperawatan Calista Roy

La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes

A. Pendahuluan

Model konsep keperawatan Calista Roy, yang dikenal sebagai Roy Adaptation Model (RAM), merupakan salah satu kerangka kerja penting dalam keperawatan yang menitikberatkan pada adaptasi individu terhadap perubahan lingkungan. Model ini dirancang oleh Calista Roy pada tahun 1976 dan terus berkembang hingga menjadi salah satu referensi utama dalam praktik keperawatan di seluruh dunia. Pendekatan ini menempatkan manusia sebagai makhluk biopsikososial yang dinamis, mampu beradaptasi dengan berbagai rangsangan lingkungan melalui mekanisme fisiologis dan psikososial.

Dalam model ini, Roy mengidentifikasi empat mode adaptasi utama, yaitu mode fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Keempat mode ini menjadi fokus utama dalam intervensi keperawatan untuk membantu individu mencapai keseimbangan dan kesehatan optimal. Dengan menggunakan RAM, perawat dapat menganalisis respons pasien terhadap rangsangan, baik yang bersifat internal maupun eksternal, dan merancang intervensi yang mendukung adaptasi yang efektif. Hal ini menjadikan model ini relevan dalam berbagai situasi klinis, mulai dari perawatan akut hingga rehabilitasi.

Keunggulan dari model Roy terletak pada pendekatannya yang holistik dan fleksibel, yang dapat

diterapkan dalam berbagai konteks budaya dan kebutuhan individu. Dalam era modern ini, ketika tantangan kesehatan semakin kompleks, model ini memberikan landasan yang kuat bagi perawat untuk tidak hanya fokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada penguatan kemampuan adaptasi pasien. Dengan demikian, model konsep keperawatan Calista Roy tidak hanya meningkatkan kualitas perawatan, tetapi juga mendukung pemberdayaan pasien untuk mencapai kesejahteraan secara menyeluruh.

B. Model Konsep Keperawatan Calista Roy

1. Definisi Model Konsep Keperawatan

Model konsep keperawatan adalah kerangka teoretis yang digunakan untuk menjelaskan, memandu, dan memprediksi praktik keperawatan. Model ini membantu perawat memahami hubungan antara manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan itu sendiri. Dalam konteks Roy Adaptation Model, fokus utama adalah adaptasi individu terhadap berbagai rangsangan melalui mekanisme fisiologis dan psikososial.

2. Elemen Utama Model Konsep Keperawatan

a. Manusia (Human)

Dalam Model Roy, manusia dipandang sebagai makhluk yang kompleks dengan kemampuan untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi di lingkungan sekitar. Manusia dianggap sebagai sistem terbuka, yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungannya, menerima rangsangan, dan merespons perubahan yang memengaruhi keseimbangan internal mereka. Proses adaptasi ini melibatkan kemampuan fisiologis, psikologis, dan sosial, yang mempengaruhi cara individu merespons berbagai stimulus dan menjaga keseimbangan hidupnya.

b. Kesehatan (Health)

Kesehatan dalam model ini dipahami sebagai kondisi dinamis yang tidak hanya mencakup aspek fisik, tetapi juga keseimbangan dalam aspek emosional, sosial, dan psikologis. Fokus utama adalah membantu individu mencapai adaptasi yang efektif dalam menghadapi perubahan dan tantangan dari lingkungan mereka untuk mempertahankan kesehatan. Model ini menekankan bahwa kesehatan bukan hanya tentang tidak adanya penyakit, melainkan juga kemampuan individu untuk berfungsi dengan baik dalam berbagai aspek kehidupan yang saling terkait.

c. Lingkungan (Environment)

Lingkungan dalam Model Roy mencakup seluruh faktor internal dan eksternal yang memengaruhi individu. Lingkungan tidak hanya terdiri dari kondisi fisik seperti udara dan cuaca, tetapi juga mencakup faktor sosial, budaya, dan psikologis yang membentuk respons individu terhadap stimulus yang diterimanya. Dalam model ini, stimulus lingkungan dibagi menjadi tiga kategori: fokus utama (focal), kontekstual (contextual), dan residual. Ketiganya memengaruhi cara individu beradaptasi dengan perubahan yang terjadi di sekitarnya, baik dalam konteks kesehatan maupun kehidupan secara umum.

d. Keperawatan (Nursing)

Keperawatan dalam Model Roy berfokus pada proses membantu individu untuk merespons stimulus lingkungan dengan cara yang mendukung adaptasi optimal. Tugas perawat adalah memfasilitasi dan memberikan dukungan dalam proses adaptasi, dengan tujuan membantu

individu mencapai keseimbangan antara aspek fisik, emosional, dan sosial mereka. Perawat bertanggung jawab untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien, memberikan intervensi yang sesuai, dan memantau respons individu terhadap perubahan yang terjadi, agar pasien dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan mereka secara efektif dan sehat.

3. Fungsi Model Konsep Keperawatan

Model konsep keperawatan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

a. Memberikan Kerangka Praktik

Membantu perawat merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan teoritis. Dengan model ini, perawat dapat memahami kebutuhan pasien secara holistik, termasuk aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Hal ini mempermudah perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang spesifik, menetapkan prioritas tindakan, dan memilih intervensi yang paling sesuai. Selain itu, kerangka ini memberikan panduan yang jelas untuk mengevaluasi hasil intervensi keperawatan, sehingga dapat menentukan apakah tujuan asuhan tercapai atau memerlukan penyesuaian.

b. Memperkuat Identitas Keperawatan

Menegaskan keperawatan sebagai disiplin ilmu yang unik dengan landasan teori yang spesifik. Dalam konteks ini, model keperawatan seperti RAM membantu membedakan profesi keperawatan dari disiplin ilmu lainnya, seperti kedokteran atau psikologi. Dengan adanya kerangka teori yang kuat, keperawatan dapat menunjukkan kontribusi khususnya dalam sistem pelayanan kesehatan. Identitas ini juga memperkuat posisi perawat sebagai praktisi yang

memiliki dasar ilmiah dalam setiap intervensi yang dilakukan, sehingga meningkatkan profesionalisme dan kepercayaan pasien terhadap layanan keperawatan

c. Mendukung Penelitian

Menyediakan panduan untuk penelitian yang dapat mengembangkan ilmu keperawatan. Dengan model seperti RAM, perawat dan peneliti dapat menggunakan konsep-konsep teoretis untuk merancang studi yang relevan dengan praktik keperawatan. Penelitian ini tidak hanya membantu memvalidasi teori yang ada tetapi juga berkontribusi pada pengembangan teori baru. Selain itu, model ini mendorong penelitian interdisipliner yang menghubungkan keperawatan dengan bidang ilmu lainnya, seperti psikologi, sosiologi, dan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, penelitian berbasis model keperawatan memperkuat bukti ilmiah yang mendukung praktik profesional, sekaligus meningkatkan kualitas asuhan keperawatan secara keseluruhan.

4. Konsep Dasar Model Roy

Calista Roy mendefinisikan adaptasi sebagai proses di mana individu menggunakan mekanisme fisiologis dan psikososial untuk merespons perubahan lingkungan. Dalam model ini, terdapat empat komponen utama yang saling berkaitan, yaitu:

a. Stimulus: Stimulus dibagi menjadi tiga kategori:

1) Focal Stimulus:

Ini adalah stimulus utama yang memiliki pengaruh langsung dan paling signifikan terhadap individu. Biasanya, focal stimulus menjadi pusat perhatian dalam upaya adaptasi. Contohnya adalah penyakit akut

seperti infeksi atau cedera serius yang membutuhkan respons adaptasi segera.

2) Contextual Stimulus:

Stimulus ini merupakan faktor pendukung atau kondisi sekitar yang memengaruhi cara individu merespons focal stimulus. Meskipun tidak menjadi pusat perhatian, contextual stimulus dapat memperkuat atau melemahkan adaptasi individu. Contohnya adalah dukungan sosial dari keluarga, lingkungan kerja, atau kondisi ekonomi.

3) Residual Stimulus:

Residual stimulus adalah faktor-faktor tidak langsung yang mungkin sulit dikenali, tetapi tetap memengaruhi adaptasi individu. Ini bisa berupa keyakinan, pengalaman masa lalu, atau nilai-nilai budaya yang tertanam. Misalnya, trauma masa kecil atau kepercayaan spiritual tertentu yang memengaruhi cara seseorang mengatasi masalah saat ini.

b. Coping Mechanism: Individu menggunakan dua jenis mekanisme coping untuk beradaptasi:

1) Regulator Mechanism: Respons fisiologis otomatis tubuh, seperti perubahan tekanan darah.

2) Cognator Mechanism: Respons psikologis, termasuk proses berpikir, emosi, dan pengambilan keputusan.

c. Mode Adaptasi: Roy mengidentifikasi empat mode adaptasi yang menjadi fokus keperawatan:

- 1) Mode Fisiologis: Respons tubuh terhadap rangsangan.
 - 2) Mode Konsep Diri: Persepsi individu tentang diri mereka sendiri.
 - 3) Mode Fungsi Peran: Kemampuan individu dalam memenuhi peran sosial.
 - 4) Mode Interdependensi: Hubungan individu dengan orang lain dan sistem pendukung.
- d. Respons Adaptasi: Respons adaptasi dibagi menjadi dua:
- 1) Adaptive Response: Respons yang mendukung keseimbangan dan kesehatan.
 - 2) Ineffective Response: Respons yang menghambat kemampuan adaptasi.
5. Aplikasi Model Roy dalam Praktik Keperawatan

Penerapan RAM dalam praktik keperawatan melibatkan penilaian komprehensif terhadap keempat mode adaptasi untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Contohnya, pada pasien dengan penyakit kronis, perawat dapat menganalisis bagaimana pasien merespons secara fisiologis (kontrol nyeri), psikologis (penerimaan diri), sosial (peran dalam keluarga), dan hubungan interpersonal (dukungan dari orang terdekat). Berdasarkan hasil penilaian, intervensi dirancang untuk memperkuat mekanisme coping pasien, baik melalui edukasi, terapi dukungan, maupun manajemen lingkungan.

6. Keunggulan dan Keterbatasan Model Roy

a. Keunggulan

1) Pendekatan Holistik

Model Roy mengadopsi pendekatan yang holistik dengan mempertimbangkan berbagai aspek kehidupan pasien, baik dari segi fisiologis, psikososial, maupun lingkungan. Dengan cara ini, model ini

membantu perawat dan profesional kesehatan memberikan panduan yang menyeluruh untuk memahami kondisi pasien dan menentukan intervensi yang sesuai.

2) Fleksibilitas

Salah satu kekuatan utama dari model ini adalah fleksibilitasnya. Model Roy dapat diterapkan di berbagai konteks, baik dalam lingkungan klinis maupun budaya yang berbeda. Hal ini memungkinkan adaptasi model sesuai dengan kebutuhan pasien dan situasi yang spesifik.

3) Berorientasi Pasien

Model ini memprioritaskan pasien sebagai pusat pengambilan keputusan dalam proses perawatan. Pendekatan ini mendukung pemberdayaan pasien untuk aktif berpartisipasi dalam memahami kondisi mereka dan memilih intervensi yang terbaik bagi mereka.

b. Keterbatasan

1) Kompleksitas

Salah satu tantangan dalam penerapan model Roy adalah kompleksitasnya. Proses adaptasi yang melibatkan berbagai mekanisme fisiologis dan psikososial membutuhkan pemahaman yang mendalam dari pihak profesional kesehatan. Selain itu, penerapan model ini sering kali memerlukan waktu lebih banyak untuk analisis dan intervensi yang efektif.

2) Subjektivitas

Penilaian terhadap stimulus residual dan mekanisme koping dalam model ini sering

kali bersifat subjektif. Karena faktor-faktor tersebut terkadang sulit diukur secara objektif, hasil analisis dapat bervariasi tergantung pada pengalaman dan perspektif perawat atau profesional kesehatan yang melakukan penilaian.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Black, B. P. (2014). *Professional nursing: Concepts & challenges* (8th ed.). Saunders Elsevier.
- George, J. B. (2011). *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (6th ed.). Prentice-Hall.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2018). *Theoretical basis for nursing* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development & progress* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model: The essence of nursing and health care*. In M. E. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 103-118). Springer Publishing Company.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Prentice-Hall.

BIODATA PENULIS



Penulis, lahir di Kabupaten Wakatobi, Sulawesi Tenggara, Indonesia. Saat ini bekerja di Salah Satu Perguruan Tinggi Negeri di Sulawesi Tenggara. Penulis aktif menulis dan melakukan penelitian di bidang kesehatan.

BAB 9

Model Konseptual Keperawatan Keluarga (Betty Neuman)

Despita Pramesti, S.Kep.Ns.M.Kes

A. Pendahuluan



Gambar 1. Betty Neuman

Betty Neuman mengembangkan Model Sistem Neuman pada tahun 1970 untuk Sekolah Keperawatan, Universitas California, di Los Angeles. Neuman menyadari perlunya pendidik dan praktisi untuk memiliki kerangka kerja untuk memandang keperawatan secara komprehensif dalam berbagai konteks. Dia mengembangkan model tersebut sebagai alat bantu pengajaran. Model ini sekarang sangat dikenal dan digunakan secara global sebagai model konseptual keperawatan. Neuman (1995) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009).

Teori keperawatan yang dikembangkan oleh Neuman ini didasarkan pada hubungan seseorang dengan stres, respons, dan faktor pemulihan yang bersifat progresif. Model

Sistem Neuman terbukti dapat diterapkan di lingkungan keluarga, masyarakat, dan rumah. Model ini memungkinkan penilaian menyeluruh terhadap kebutuhan dan sumber daya orang dan keluarga, sehingga memungkinkan penerapan intervensi preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Selain itu, model ini menghargai partisipasi aktif individu dan keluarga dalam perawatan kesehatan, yang memperkuat ikatan antara profesional kesehatan dan masyarakat (de Oliveira et al., 2024).

B. Model Sistem Neuman

Model health care sistem Neuman, disebut juga dengan Model sistem Neuman (Neuman Systems Model/NSM), Model Sistem Neuman memberikan perspektif keperawatan yang komprehensif, fleksibel, holistik, dan berbasis sistem. Model konseptual keperawatan ini memusatkan perhatian pada respons sistem klien terhadap stresor lingkungan yang aktual atau potensial, dan penggunaan intervensi pencegahan keperawatan primer, sekunder, dan tersier untuk retensi, pemeliharaan, dan pemeliharaan kesehatan sistem klien yang optimal Neuman (1996) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009).

Model Sistem Neuman diklasifikasikan sebagai model sistem atau kategori sistem pengetahuan. Neuman mendefinisikan sistem sebagai tatanan yang menyatukan bagian-bagiannya. Keperawatan dapat dengan mudah dikonseptualisasikan sebagai suatu keseluruhan yang lengkap, dengan bagian-bagian yang dapat diidentifikasi. Keseluruhan struktur yang lengkap dipertahankan oleh keterkaitan di antara bagian-bagian yang dapat diidentifikasi melalui peraturan yang berkembang dari dinamika sistem yang terbuka. Dalam sistem terdapat pertukaran energi yang dinamis, bergerak menuju atau menjauhi kestabilan. Energi bergerak menuju negentropi atau evolusi karena sistem menyerap energi untuk meningkatkan organisasi,

kompleksitas dan perkembangannya (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009).

Model Sistem Neuman menggambarkan sistem klien dan menyajikan keperawatan sebagai bidang yang terutama berkaitan dengan mendefinisikan tindakan keperawatan yang tepat dalam situasi yang berhubungan dengan stresor atau dalam reaksi yang mungkin terjadi pada sistem klien. Klien dan lingkungan dapat dipengaruhi secara positif atau negatif satu sama lain. Ada kecenderungan dalam sistem apa pun untuk mempertahankan kondisi stabil atau keseimbangan di antara berbagai kekuatan yang mengganggu yang beroperasi di dalam atau di atasnya. Neuman telah mengidentifikasi kekuatan-kekuatan ini sebagai stressor, dan menyarankan bahwa reaksi yang mungkin terjadi dan reaksi aktual dengan tanda atau gejala yang dapat diidentifikasi dapat diatasi melalui intervensi awal yang tepat. (Neuman, 1995) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009)

C. Proposisi Model Neuman

Neuman telah mengidentifikasi 10 proposisi yang melekat dalam modelnya. Proposisi didefinisikan sebagai “pernyataan yang menggambarkan atau menghubungkan konsep-konsep. Dalam analisis Fawcett terhadap Model Sistem Neuman, bahwa proposisi-proposisi Neuman yang menghubungkan manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan tidak meninggalkan kesenjangan di antara konsep-konsep tersebut. serta pencegahan primer, sekunder, dan tersier dari Neuman memberikan hubungan yang diperlukan di antara konsep-konsep model tersebut. Proposisi Neuman sebagai berikut Fawcett (1995) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009):

1. Meskipun setiap klien individu atau kelompok sebagai sistem klien adalah unik, setiap sistem adalah gabungan dari faktor-faktor umum yang diketahui atau karakteristik bawaan dalam rentang respons yang normal dan diberikan yang terkandung dalam struktur dasar.

2. Ada banyak stressor lingkungan yang diketahui, tidak diketahui, dan bersifat universal. Masing-masing berbeda dalam potensinya untuk mengganggu tingkat stabilitas klien yang biasa atau garis pertahanan normal. Hubungan tertentu dari variabel-variabel klien-fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual-pada suatu saat dapat mempengaruhi sejauh mana seorang klien dilindungi oleh garis pertahanan yang fleksibel terhadap kemungkinan reaksi dari satu stressor atau kombinasi stressor.
3. Setiap sistem klien, individu telah mengembangkan rentang respons normal terhadap lingkungan yang disebut sebagai garis pertahanan normal, atau kondisi kesehatan/kestabilan yang biasa. Hal ini mewakili perubahan dari waktu ke waktu melalui penanganan berbagai macam stres. Garis pertahanan normal dapat digunakan sebagai standar untuk mengukur penyimpangan kesehatan.
4. Ketika bantalan, efek seperti akordeon dari garis pertahanan yang fleksibel tidak lagi mampu melindungi sistem klien-klien terhadap stresor lingkungan, stresor tersebut akan menerobos garis pertahanan yang normal. Keterkaitan variabel-variabel-fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual-mendeterminasi sifat dan tingkat reaksi sistem atau kemungkinan reaksi terhadap stresor.
5. Klien, baik dalam keadaan sehat maupun sakit, merupakan gabungan dinamis dari hubungan antar variabel-fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual. Kesehatan berada pada sebuah kontinum energi yang tersedia untuk mendukung sistem dalam kondisi stabilitas sistem yang optimal.
6. Tersirat dalam setiap sistem klien adalah faktor ketahanan internal yang dikenal sebagai garis ketahanan, yang berfungsi untuk menstabilkan dan mengembalikan klien

ke kondisi kesehatan yang biasa (garis pertahanan normal) atau mungkin ke tingkat ketahanan yang lebih tinggi setelah reaksi stresor lingkungan.

7. Pencegahan primer berkaitan dengan pengetahuan umum yang diterapkan dalam penilaian dan intervensi klien dalam identifikasi dan pengurangan atau mitigasi faktor risiko yang mungkin atau yang sebenarnya terkait dengan stresor lingkungan untuk mencegah kemungkinan terjadinya kembali. Tujuan promosi kesehatan termasuk dalam pencegahan primer.
8. Pencegahan sekunder berkaitan dengan gejala-gejala yang muncul sebagai reaksi terhadap pemicu stres, penentuan peringkat prioritas intervensi yang tepat, dan pengobatan untuk mengurangi efek buruknya.
9. Pencegahan tersier berhubungan dengan proses adaptif yang terjadi saat pemulihan dimulai dan faktor perawatan menggerakkan klien kembali dengan cara melingkar ke arah pencegahan primer.
10. Klien sebagai suatu sistem berada dalam pertukaran energi yang dinamis dan konstan dengan lingkungan. Neuman (1995) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009).

D. Metaparadigma konseptual Neuman

Konsep ini adalah terkait dengan komponen paradigma, yang menggabungkan empat keperawatan metaparadigma yaitu manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009):

1. Manusia
Manusia dipandang sebagai sistem terbuka yang berinteraksi dengan kekuatan atau tekanan lingkungan internal dan eksternal. Manusia berada dalam perubahan yang konstan, bergerak menuju kondisi stabilitas sistem yang dinamis atau menuju penyakit dengan derajat yang berbeda-beda.

2. Lingkungan

Lingkungan adalah arena vital yang erat dengan sistem dan fungsinya. Lingkungan dapat dilihat sebagai semua faktor yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh sistem. Dalam Model Sistem Neuman mengidentifikasi tiga lingkungan, yaitu:

- a. Lingkungan internal ada dalam sistem klien. Semua kekuatan dan pengaruh interaktif yang hanya dalam batas-batas sistem klien membentuk lingkungan ini.
- b. Lingkungan eksternal ada di luar sistem klien.
- c. Lingkungan yang dibuat (diciptakan) dikembangkan secara tidak sadar dan digunakan oleh klien untuk mendukung upaya perlindungan.

3. Kesehatan

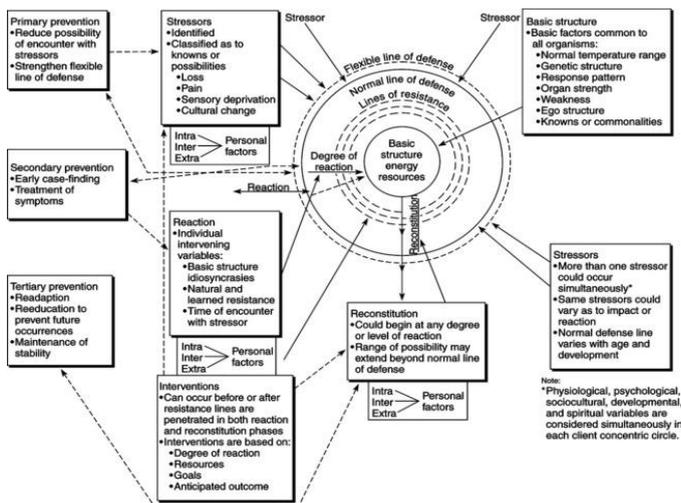
Dalam teori keperawatan Neuman, Kesehatan didefinisikan sebagai kondisi atau tingkat stabilitas sistem dan dipandang sebagai kontinum dari kesehatan ke penyakit. Adanya kesehatan yang optimal ketika kebutuhan sistem terpenuhi. Ketika kebutuhan tidak terpenuhi, maka muncul penyakit. Ketika energi yang dibutuhkan untuk mendukung kehidupan tidak tersedia, maka kematian akan terjadi.

4. Keperawatan

Perhatian utama tentang keperawatan didefinisikan sebagai penentuan tindakan yang tepat dalam situasi yang berhubungan dengan stres atau dalam kaitannya dengan kemungkinan reaksi klien atau sistem klien terhadap stresor. Intervensi keperawatan ditujukan untuk membantu beradaptasi atau menyesuaikan dan untuk mempertahankan, memulihkan, atau mempertahankan beberapa tingkat stabilitas antara dan di antara variabel sistem klien dan pemicu lingkungan dengan fokus pada konservasi energi.

E. Model Konseptual

Model konseptual Neuman dapat diilustrasikan pada Gambar.2 Diagram Model Neuman yang dikembangkan untuk menjelaskan sistem klien sebagai individu untuk disiplin keperawatan. Neuman memilih istilah “klien” atau “sistem klien” dan bukan “manusia” untuk menunjukkan rasa hormat terhadap hubungan kolaboratif yang ada antara klien dan perawat dalam model Neuman. Neuman percaya bahwa model ini dapat diterapkan dengan baik pada kelompok, komunitas yang lebih besar, atau masalah sosial, dan sesuai untuk keperawatan dan disiplin ilmu kesehatan lainnya. Model Sistem Neuman juga memberikan cara untuk melihat domain keperawatan: manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan serta untuk membantu memfokuskan pada sistem klien, lingkungan, dan aspek keperawatan dari domain keperawatan. Neuman (1995) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009).



Gambar 2. Diagram Model Sistem Neuman

Konsep utama yang terdapat pada Model Sistem Neuman ini, meliputi: stresor, garis pertahanan (fleksibel dan normal), garis resistensi, tingkatan pencegahan, lima variabel sistem klien, struktur dasar, intervensi dan rekonstitusi. (Lestari & Ramadhaniyati, 2021)

a. Stressor

Stressor adalah kekuatan lingkungan yang menghasilkan ketegangan dan berpotensi untuk menyebabkan sistem tidak stabil. Stress dan reaksi terhadap stres merupakan komponen dasar dari sistem terbuka. Neuman menyebutkan stressor yang dimiliki dapat berupa stressor yang berdampak negatif atau positif. Reaksi terhadap stressor bisa potensial atau aktual melalui respon dan gejala yang dapat diidentifikasi. Neuman mengklasifikasi stressor sebagai Stressor intrapersonal, Stressor interpersonal dan Stressor ekstrapersonal.

- 1) Stressor intrapersonal, adalah stressor yang terjadi dalam diri individu/keluarga dan berhubungan dengan lingkungan internal. Misalnya : respons autoimun
- 2) Stressor interpersonal, adalah stressor yang terjadi pada satu individu/keluarga atau lebih yang memiliki pengaruh pada sistem. Misalnya : ekspektasi peran
- 3) Stressor ekstrapersonal, adalah stressor yang terjadi diluar lingkup sistem atau individu/keluarga tetapi lebih jauh jaraknya dari sistem pada stressor interpersonal. Misalnya : sosial politik, keadaan finansial. (Muhammad, 2021)

b. Garis pertahanan

Garis pertahanan menurut Neuman terdiri dari Garis pertahanan fleksibel dan Garis pertahanan normal.

1) Garis pertahanan fleksibel,

Garis pertahanan fleksibel merupakan garis pertahanan terluar yang berperan memberikan respon awal atau perlindungan pada sistem dari stressor. Stressor harus menembus garis pertahanan yang fleksibel sebelum

mampu menembus sistem klien lainnya. Neuman menggambarkan garis pertahanan ini sebagai mekanisme seperti akordeon yang bertindak seperti sistem penyangga yang protektif untuk membantu mencegah masuknya stresor ke dalam sistem klien. Garis pertahanan yang fleksibel melindungi garis pertahanan normal. Klien memiliki lebih banyak perlindungan dari stresor ketika garis fleksibel meluas dari garis pertahanan normal. Hal yang sebaliknya terjadi ketika garis fleksibel bergerak lebih dekat ke garis pertahanan normal. Keefektifan sistem penyangga dapat dikurangi dengan satu atau beberapa stresor. Garis pertahanan fleksibel dapat dengan cepat diubah dalam waktu yang relatif singkat. Contoh seperti klien dalam keadaan darurat, atau kondisi jangka pendek seperti kurang tidur, gizi buruk, atau dehidrasi, Neuman (1995) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009)

- 2) Garis pertahanan normal, merupakan kondisi klien dari waktu ke waktu, atau kondisi kesehatan yang biasa. Perawat harus menentukan tingkat kesehatan klien yang biasa untuk mengenali perubahan tingkat kesehatan. Garis pertahanan normal dianggap dinamis, karena dapat mengembang atau menyusut dari waktu ke waktu. Neuman juga menganggap garis pertahanan tubuh bersifat dinamis karena kemampuannya untuk menjadi dan tetap stabil dengan tekanan hidup dari waktu ke waktu. Struktur dasar dan integritas sistem terlindungi Neuman (1995) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009). Garis pertahanan normal ini terbentuk dari beberapa variabel dan perilaku seperti pola koping individu, gaya hidup dan tahap perkembangan. Pelebaran dari garis normal merefleksikan suatu peningkatan keadaan sehat, Bila garis pertahanan normal ini mengecil atau rusak maka

klien akan berada pada posisi sakit.(Lestari & Ramadhaniyati, 2021)

3) Garis Resistensi,

Garis resistensi merupakan serangkaian lingkaran putus-putus yang mengelilingi struktur dasar, artinya garis resisten ini melindungi struktur dasar dan akan teraktivasi jika ada invasi dari stressor lingkungan melalui garis normal pertahanan (*normal line of defense*). Lingkaran ini menyediakan sumber-sumber yang membantu klien mempertahankan diri melawan suatu stressor. Misalnya mekanisme sistem imun tubuh. Jika *lines of resistance* efektif dalam merespon stressor tersebut, maka sistem depan berkonstitusi (klien dapat menyusun sistem kembali), jika tidak efektif maka energi berkurang dan bisa timbul kematian. Jumlah pertahanan stressor ditentukan oleh interrelationship kelima variabel sistem klien (Lestari & Ramadhaniyati, 2021).

c. Tingkatan pencegahan

Terdapat 3 tingkat pencegahan menurut Neuman: Tingkat pencegahan primer, sekunder, dan tertier.

1) Pencegahan Primer,

Pencegahan primer berfokus untuk melindungi garis pertahanan normal dan memperkuat individu untuk memungkinkan dia mengatasi stress lebih baik dan memanipulasi lingkungan untuk mengurangi atau melemahkan stress. Pencegahan primer meliputi upaya promosi kesehatan dan mempertahankan kesehatan (Muhammad, 2021).

2) Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder meliputi berbagai tindakan yang dimulai setelah ada gejala dari stressor. Pencegahan sekunder mengutamakan pada penguatan *internal lines of resistance* mengurangi reaksi dan meningkatkan faktor-faktor resisten sehingga melindungi struktur

dasar melalui tindakan-tindakan yang tepat sesuai gejala. Jika pencegahan sekunder tidak berhasil dan rekonstitusi tidak terjadi maka struktur dasar tidak dapat mendukung sistem dan intervensi-intervensinya sehingga bisa menyebabkan kematian (Lestari & Ramadhaniyati, 2021).

3) Pencegahan tersier,

Pencegahan tersier berfokus pada readaptasi dan stabilitas, menjaga pemulihan atau kembali ke kesehatan setelah perawatan. Hal ini terjadi setelah sistem diobati melalui strategi pencegahan sekunder. Pencegahan tertier memberi dukungan untuk klien dan upaya untuk menambah energi pada sistem atau mengurangi energi yang diperlukan dalam rangka untuk memfasilitasi pemulihan (Muhammad, 2021).

d. Lima variabel klien

Neuman memandang klien atau individu secara holistik dan mempertimbangkan variabel secara simultan dan komprehensif. Sistem klien ini adalah gabungan dari lima variabel, berikut lima variabel klien antara lain variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual terjadi dan dianggap simultan dalam setiap lingkaran konsentris yang membentuk sistem klien. Neuman (1995) dalam (Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009)

- 1) Variabel fisiologis mengacu pada struktur dan fungsi tubuh.
- 2) Variabel psikologis mengacu pada proses dan hubungan mental.
- 3) Variabel sosiokultural mengacu pada fungsi sistem yang berhubungan dengan ekspektasi dan kegiatan sosial dan budaya.
- 4) Variabel perkembangan mengacu pada proses-proses yang terkait dengan pengembangan selama umur.

5) Variabel spiritual mengacu pada pengaruh keyakinan spiritual.

e. Struktur dasar

Struktur dasar berisi seluruh komponen untuk mempertahankan hidup dasar yang terdapat pada manusia sesuai karakteristik individu yang unik. komponen tersebut yaitu *normal temperature range, genetic structure, response pattern, organ strength or weakness, ego structure, dan known commonalities*. (Lestari & Ramadhaniyati, 2021)

f. Intervensi

Intervensi adalah tindakan yang bertujuan membantu klien mencapai atau mempertahankan stabilitas system. Intervensi dapat terjadi sebelum dan sesudah garis perlindungan dan perlawanan yang dilakukan pada fase reaksi dan rekonstitusi. Intervensi didasarkan dari tingkat reaksi, sumber daya, tujuan, dan hasilantisipasi. Neuman mengidentifikasi 3 level intervensi, yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. (Lestari & Ramadhaniyati, 2021)

g. Rekonstitusi

Rekonstitusi adalah adaptasi terhadap stressor dalam lingkungan internal dan eksternal, bisa memperluas *normal line defense* ke tingkat sebelumnya, menstabilkan sistem pada tingkat yang lebih rendah, dan mengembalikannya pada tingkat semula sebelum sakit. Rekonstitusi meliputi faktor interpersonal, intrapersonal, ekstrapersonal dan lingkungan yang berkaitan dengan variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual (Lestari & Ramadhaniyati, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- de Oliveira, S. G., Caldas, C. P., Nicoli, E. M., Silva, F. V. C. E., Cardoso, R. B., & Lopes, F. M. D. V. M. (2024). Applicability of the Neuman Systems Model to the Gerontology Nursing practice: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6977.4224>
- Lestari, L., & Ramadhaniyati. (2021). Falsafah Dan Teori Keperawatan. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2013–2015.
- Smith, Marlaine C., Parker, M. E., & E. (2009). Nursing Theories and Nursing Practice. In *FA Davis Company: Vol. II*.
- Muhammad, R. (2021). Teori dan Falsafah Keperawatan. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), 40–51.

BIODATA PENULIS



Despita Pramesti, S.Kep.Ns. M.Kes lahir di Yogyakarta, pada 7 Juni 1986. tercatat sebagai lulusan S1 Keperawatan dan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah (STIKes 'Aisyiyah) Yogyakarta dan S2 Magister Kedokteran Keluarga minat pendidikan profesi kesehatan Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta. Penulis saat ini menjadi Dosen di Universitas Alma Ata.

BAB 10

Model Konseptual Keperawatan Keluarga Dorethea Orem

Ns. Dedi Irawan, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Keluarga merupakan bagian primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai ikatan dari perkawinan yang sah serta diakui oleh masyarakat, dan mempunyai perannya masing-masing, akan terus terbentuk selama proses perkembangan kehidupan manusia berlangsung. Keluarga memiliki peranan penting dalam siklus kehidupan, setiap manusia akan terus tumbuh dan berkembang dalam lingkungan keluarga. Keluarga sangat mempengaruhi bagaimana seseorang akan menjalani kehidupannya dengan baik dengan pendekatan Dorethea Orem. Blakeley, S (2021).

Teori keperawatan keluarga Dorethea Orem (*self-care Deficit Nursing Theory*) merupakan kerangka konseptual keperawatan keluarga yang menjelaskan tentang kebutuhan dasar manusia dalam merawat dirinya sendiri dan keluarga, yang berfokus pada kemampuan individu dan keluarga sehingga meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang sakit. Dengan aktivitas ini akan menimbulkan hubungan perawat-keluarga yang positif, menghormati hak otonomi individu dan keluarga serta bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan dasar tersebut. Yaghobi, et al. (2023).

Model konseptuan Dorethea Orem ini memberikan kerangka kerja yang komprehensif untuk memahami dan mengelola perawatan keluarga sehingga membantu perawat dalam mengidentifikasi kebutuhan keluarga, merencanakan intervensi yang tepat, dan memberikan dukungan yang diperlukan untuk mempromosikan kesehatan dan pemulihan keluarga. Alligood, MR & Tomey, A. M. (2006).

Adapun faktor yang berpengaruh dalam memenuhi kebutuhan dasar merawat diri (*self-care*): 1) Faktor Fisiologis: yakni kondisi tubuh, usia, dan kemampuan individu dan keluarganya saat ini. 2) Faktor Psikologis : yakni faktor kecemasan, stress dan motivasi dalam individu dan keluarganya untuk pulih dan sembuh. 3) Faktor Sosial yang bersumber dari dalam keluarga dan lingkungan budaya masyarakat untuk meningkatkan kesembuhan. 4) Faktor Ekonomi yang merupakan akses terbesar untuk mengubah sumber daya dalam keluarga. Alligood, MR & Tomey, A. M. (2006).

B. Konsep Utama

Kebutuhan utama model konseptual Dorethea Orem adalah sebagai Berikut:

1. Kebutuhan Dasar Merawat Diri (*Self-Care*) : merupakan kebutuhan individu untuk memenuhi kebutuhan dasar merawat dirinya sendiri, keluarganya dan mengatasi permasalahan kesehatan dengan memenuhi kebutuhan dasar secara holistik.
2. Kekurangan Merawat Diri (*Self-Care Deficit*) : ketidakmampuan individu untuk memenuhi kebutuhan dasar serta keterbatasan individu untuk merawat dirinya sendiri karena penyakit, cedera, atau faktor lain dengan ini keluarga dapat mengembangkan keterampilan dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
3. Perawatan profesional : merupakan bantuan yang diberikan oleh perawat untuk mengatasi kekurangan merawat dirinya sendiri dengan memberi dukungan

antara sesama anggota keluarga yang lain. Dan dalam hal ini perawat dapat mengevaluasi kondisi keluarga yang sakit sehingga mempermudah mengidentifikasi kebutuhan intervensi lanjutan.

C. Prinsip Asuhan Keperawatan Keluarga dengan pendekatan Dorethea Orem:

1. Melakukan identifikasi kebutuhan *self-care* yaitu dengan cara melakukan pengkajian keperawatan keluarga untuk mengidentifikasi permasalahan yang di hadapi oleh keluarga dengan melakukan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik kepada semua anggota keluarga, yaitu identitas keluarga (Nama, umur, alamat, dan komposisi keluarga), Riwayat Kesehatan keluarga (Penyakit kronis, alergi, dan kesehaatan sebelumnya), Kebutuhan dasar keluarga (Makanan, minuman, istirahat, eliminasi, dan aktivitas), Kemampuan merawat diri keluarga (mandiri, bergantung, atau tidak amampu merawat diri), Sumber daya keluarga (Ekonomi, sosial, dan lingkungan)
2. Melakukan penilaian keterbatasan self care dengan cara menilai apakah keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang sakit tanpa bantuan pihak lain, sehingga didapatkan berbagai permasalahan kesehatan
3. Melakukan perencanaan asuhan keperawatan keluarga dengan menilai sejauhmana keluarga mampu beradaptasi terhadap permasalahan yang dihadapi serta mampu merencanakan pemecahan masalah kesehatan keluarga. Dengan (meningkatkan pengetahuan keluarga, Membantu keluarga mengembangkan kemampuan merawat diri, meningkatkan dukungan sosial, dan melakukan pencegahan penyakit)
4. Melakukan tindakan keperawatan/melaksanakan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun secara sistematis untuk menyelesaikan permasalahan keluarga.
5. Melakukan evaluasi atau menilai efektifitas asuhan keperawatan keluarga dengan mencatat perubahan pengetahuan dan kemampuan merawat diri dan keluarga, mengevaluasi kepuasan keluarga terhadap asuhan

keperawatan, serta mencatat perubahan kondisi kesehatan keluarga.

D. Contoh tindakan keperawatan yang dilakukan saat merawat pasien dengan pendekatan konseptual Dorethea Orem

Menurut Taylor, (2011) Tindakan keperawatan yang dilakukan saat merawat pasien dengan pendekatan konseptual Dorethea Orem adalah sebagai berikut:

1. Tindakan keperawatan pada pada keluarga dengan bantuan total :

Bantuan total dalam keperawatan merupakan suatu pendekatan yang memfokuskan pada pemenuhan kebutuhan dasar pasien yang tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Berikut adalah contoh tindakan keperawatan pada bantuan total:

a. Aktivitas Dasar

- 1) Makan: Membantu pasien makan, memberikan makanan yang mudah dikunyah dan ditelan.
- 2) Minum: Memberikan minuman yang cukup dan membantu pasien minum.
- 3) Buang air besar/kecil: Membantu pasien ke kamar mandi atau menggunakan pispot/bantal.
- 4) Mandi: Membantu pasien mandi, membersihkan tubuh dan rambut.
- 5) Berpakaian: Membantu pasien berpakaian dan melepas pakaian.

b. Perawatan Diri

- 1) Membersihkan mulut dan gigi.
- 2) Membersihkan mata dan telinga.
- 3) Memotong kuku.
- 4) Membantu pasien menggunakan alat bantu (kaca mata, alat bantu dengar).

c. Mobilitas dan Aktivitas

- 1) Membantu pasien bergerak di tempat tidur.
- 2) Membantu pasien duduk/berdiri.
- 3) Menggunakan alat bantu mobilitas (kursi roda, walker).

- 4) Melakukan latihan pasif untuk mencegah kontraktur.
- d. Pencegahan Komplikasi
 - 1) Mengubah posisi pasien secara teratur untuk mencegah dekubitus.
 - 2) Menggunakan kasur anti-dekubitus.
 - 3) Mencegah infeksi dengan menjaga kebersihan.
 - 4) Memantau tanda-tanda vital.
- e. Emosi dan Sosial
 - 1) Berbicara dengan pasien untuk mengurangi stres.
 - 2) Memberikan dukungan emosional.
 - 3) Membantu pasien berkomunikasi dengan keluarga.
 - 4) Mengatur lingkungan yang nyaman.
2. Tindakan keperawatan keluarga dengan bantuan minimal
Tindakan minimal dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga yang merupakan bentuk intervensi yang yang di aflikasikan dalam implementasi keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dan mencegah komplikasi, tanpa memerlukan tindakan invasif atau tindakan kompleks. Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2014).
3. Tindakan pendidikan kesehatan
Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar mengenai berbagai hal tentang pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan untuk mencapai dan memelihara kesehatan yang optimal dalam keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR (2015). *Nursing theorists and their work*. St. Louis : Elsevier
- Alligood, MR & Tomey, A. M. (2006). *Nursing Theories and their work*, 7 th edn, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Blakeley, S (2021). Family Structure. Study the definition of a family structure and explore examples of the different types of family structures in the United States. <https://study.com/learn/lesson/family-structure-different-types-of-family-us.html>
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik*. Penerbit Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Orem, DE (2001). *Nursing Concept of Practice*. The C.V. Mosby Company. St Louis
- Taylor, Carol R.; Lillis, Carol; LeMone, Priscilla; Lynn, Pamela (2011). *Fundamentals of Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. p. 74. ISBN 978-0-7817-9383-4.
- Yaghobi, Y., Pouy, S., Hosseinzadeh Siboni, F., & Falahzade, F. (2023). *Effect of Orem's self-care model on the quality of life in adolescents with diabetes type 1: A randomized clinical trial*. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*, 0(0), 0-0. <https://doi.org/10.32598/JNRCP.23.109>

BIODATA PENULIS



Ns. Dedi Irawan. S.Kep., M.Kep lahir di Suka Mulia, pada 11 Januari 1984. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di AKPER Cut Nyak Dhien Langsa, S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Malahayati Bandar Lampung dan S2 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala (USK) Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Universitas Sains Cut Nyak Dhien.

BAB 11

Asuhan Keperawatan Keluarga dengan TB Paru

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

A. Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) paru adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat global yang signifikan. Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), TB merupakan penyebab utama kematian akibat penyakit infeksius, dengan jutaan kasus baru dilaporkan setiap tahun (Kemenkes RI, 2024). Berdasarkan Global TB Report 2024, diperkirakan jumlah kasus TBC di Indonesia pada tahun 2024 adalah 1.060.000 kasus. Selain itu, diperkirakan juga ada 134.000 orang yang meninggal akibat TBC per tahun di Indonesia (Global tuberculosis report, 2024). Di Indonesia, TB masih menjadi tantangan besar, mengingat beban penyakit yang tinggi dan dampaknya terhadap kualitas hidup masyarakat terkhusus dalam keluarga (Li et al., 2017).

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung pasien TB paru. Sebagai unit terkecil dalam masyarakat, keluarga menyediakan lingkungan fisik dan emosional yang esensial bagi pemulihan pasien (Fridmen). Peran keluarga mencakup mendukung pengobatan, mencegah penularan, serta memotivasi anggota keluarga untuk menjalani gaya hidup sehat (cari). Oleh karena itu, asuhan keperawatan yang terfokus pada keluarga menjadi salah satu strategi efektif dalam pengendalian TB paru.

Keperawatan keluarga bertujuan untuk membantu keluarga menolong dirinya sendiri mencapai tingkat fungsi keluarga yang tertinggi dalam konteks tujuan, aspirasi dan kemampuan keluarga (Friedman, 2010). Proses keperawatan keluarga berbeda-beda, tergantung cara perawat memandang keluarga dalam praktiknya, yaitu 1) keluarga dipandang sebagai konteks, maka asuhan keperawatan berfokus pada individu; 2) keluarga kumpulan dari anggota-anggotanya, maka asuhan keperawatan diberikan kepada seluruh anggota keluarga; 3) subsistem keluarga sebagai klien, dimana yang akan menjadi fokus pengkajian dan intervensi; 4) keluarga sebagai klien, dimana keseluruhan anggota keluarga dipandang sebagai klien sedangkan individu anggota keluarga sebagai konteks; dan 5) keluarga sebagai komponen masyarakat, dimana keluarga dipandang sebagai subsistem dalam sebuah sistem yang lebih besar, yaitu masyarakat (Maglaya, 2009).

Berdasarkan Family center nursing, yang harus dikaji pada keluarga yaitu tugas kesehatan keluarga (Mengetahui masalah, mengambil keputusan, merawat keluarga, modifikasi lingkungan, memanfaatkan layanan kesehatan). Tugas kesehatan keluarga menggambarkan kemampuan keluarga untuk mengenali masalah-masalah kesehatan yang terjadi di antara anggota keluarga dan memberikan perawatan pada anggotan keluarga yang sakit. Kedalaman dan keluasan pengkajian dilakukan tergantung pada tujuan keluarga, masalah, sumber daya, juga tergantung pada peran perawat dalam melakukan proses keperawatan (Figueiredo et al., 2021).

B. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan TB Paru

Asuhan keperawatan pada pasien dengan TB paru membutuhkan pendekatan holistik yang tidak hanya fokus pada pasien tetapi juga melibatkan keluarga sebagai unit dukungan utama. TB paru adalah penyakit infeksi menular yang membutuhkan pengobatan jangka panjang, sehingga peran keluarga sangat penting dalam memastikan keberhasilan

terapi. Berikut adalah elemen-elemen penting dalam asuhan keperawatan keluarga:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dan sangat penting dalam proses asuhan keperawatan keluarga dengan TB paru. Proses ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan pasien serta keluarganya secara menyeluruh (Madhumati Chatterji, 2024). Dengan pengkajian yang komprehensif, perawat dapat memperoleh gambaran yang jelas mengenai kondisi pasien dan keluarganya, termasuk faktor - faktor yang mendukung atau menghambat keberhasilan pengobatan (Pratiwi & Fatima Koa, n.d.). Selain itu, pengkajian memberikan dasar yang kuat untuk menyusun diagnosa keperawatan, merancang intervensi yang sesuai, serta menentukan prioritas tindakan yang perlu dilakukan untuk mendukung proses penyembuhan pasien. Berikut adalah elemen-elemen penting dalam pengkajian:

a. Data Keluarga

Data keluarga mencakup informasi dasar kepala keluarga dan anggota keluarga, seperti nama, hubungan, usia, jenis kelamin, suku, pendidikan, pekerjaan, status imunisasi, dan kesehatan. Data ini penting untuk menganalisis masalah kesehatan individu, terutama anggota keluarga yang didiagnosis TB, serta memahami dinamika keluarga, dampak TB, risiko penularan, dukungan, dan kebutuhan pasien. Bahasa sehari-hari keluarga perlu dikaji untuk memastikan komunikasi efektif terkait edukasi dan intervensi TB, sehingga informasi pengobatan tersampaikan dengan baik. Alamat rumah, nomor telepon, dan jarak ke fasilitas kesehatan digunakan untuk memantau kepatuhan pengobatan dan akses layanan. Pemahaman agama, suku, dan alat transportasi

membantu menilai dukungan keluarga dalam pengobatan TB dan akses ke fasilitas kesehatan secara teratur.

b. Tipe Keluarga

Mengidentifikasi tipe dan struktur keluarga penting untuk memahami peran anggota keluarga dalam mendukung pasien TB, termasuk dalam perawatan, pengawasan pengobatan, dan pencegahan penularan.

c. Genogram

Genogram memberikan gambaran tentang riwayat kesehatan keluarga, termasuk kemungkinan faktor risiko genetik atau pola interaksi yang memengaruhi dukungan keluarga terhadap pasien TB.

d. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengevaluasi kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan pengobatan TB, seperti transportasi, makanan bergizi, dan obat-obatan tambahan bila diperlukan.

e. Aktivitas Rekreasi

Mengidentifikasi aktivitas rekreasi membantu mengevaluasi keseimbangan psikososial keluarga, yang dapat memengaruhi dukungan moral terhadap pasien TB.

f. Tahap Perkembangan Keluarga

Memahami tahap perkembangan keluarga membantu dalam merancang intervensi edukasi dan dukungan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga dalam menghadapi penyakit TB.

g. Lingkungan Tempat Tinggal

Faktor lingkungan seperti kepemilikan rumah, tipe rumah, ventilasi, pencahayaan, dan kebersihan sangat penting untuk menganalisis risiko penularan TB dalam rumah tangga. Intervensi yang akan dirancang harus mencakup peningkatan kualitas lingkungan.

h. Pola Komunikasi Keluarga

Pola komunikasi yang baik dalam keluarga memengaruhi keberhasilan pengobatan TB, terutama dalam memotivasi pasien untuk mematuhi pengobatan.

i. Struktur Kekuatan dan Peran Keluarga

Data ini menggali tentang siapa yang berperan sebagai pengambil keputusan dan mekanisme penyelesaian masalah membantu dalam merancang pendekatan edukasi yang efektif untuk keluarga pasien TB

j. Fungsi Keluarga

Mengidentifikasi fungsi afektif, sosialisasi, reproduksi, dan perawatan dalam keluarga penting untuk memahami dukungan emosional, sosial, dan praktis yang tersedia bagi pasien TB.

k. Stresor dan Koping Keluarga

Menganalisis stresor yang dihadapi keluarga serta mekanisme koping mereka membantu dalam menentukan intervensi yang dibutuhkan untuk mengelola tekanan akibat penyakit TB dalam keluarga.

l. Harapan Keluarga

Harapan keluarga terhadap asuhan keperawatan yang diberikan perlu diidentifikasi untuk memastikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan ekspektasi mereka, terutama dalam pengobatan TB yang membutuhkan waktu lama dan kedisiplinan tinggi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien TB paru merupakan langkah penting dalam asuhan keperawatan yang bertujuan mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengkajian menyeluruh. Pada pasien TB paru, diagnosa ini mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan yang memengaruhi

kondisi pasien, termasuk faktor risiko penularan, tingkat keparahan gejala, dan dukungan keluarga..

Melalui diagnosa keperawatan pada pasien TB paru, perawat dapat mengidentifikasi masalah yang membutuhkan perhatian segera. Diagnosa ini juga menjadi dasar untuk merancang intervensi yang dapat membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya, baik dalam pengelolaan gejala maupun dengan melibatkan keluarga dalam mendukung perawatan.

Diagnosa yang tepat akan memberikan arah untuk menetapkan tujuan perawatan. Selain itu, diagnosa juga harus mempertimbangkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan intervensi pada pasien TB paru, seperti tingkat pengetahuan keluarga mengenai TB, faktor lingkungan yang berisiko, dan kondisi psikologis pasien yang mungkin memengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan. Beberapa contoh diagnosa keperawatan yang umum muncul pada keluarga dengan TB berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) :

a. Diagnosa Keluarga :

1) Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko

Definisi: Hambatan kemampuan dalam mengubah gaya hidup/perilaku untuk memperbaiki status kesehatan.

Kriteria Diagnostik: Tidak ada tindakan pencegahan penularan TB, ventilasi rumah yang buruk, dan lingkungan rumah yang tidak higienis.

2) Defisit Pengetahuan

Definisi: ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Kriteria Diagnostik: Tidak mengetahui cara penularan TB, pentingnya pengobatan teratur, dan dampak jika pengobatan dihentikan.

- 3) Ketidakmampuan Koping Keluarga
Definisi: perilaku orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang membatasi kemampuan dirinya dan klien untuk beradaptasi dengan masalah kesehatan yang dihadapi.
Kriteria Diagnostik: tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang sakit TB, tidak toleran, mengabaikan perawatan/pengobatan anggota keluarga yang sakit.
- 4) Manajemen Kesehatan Keluarga tidak efektif
Definisi: pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.
Kriteria Diagnostik: mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan, tidak ada rutinitas pembersihan lingkungan, ventilasi yang tidak memadai, dan kurangnya tindakan preventif.
- 5) Ketegangan Peran Pemberi Asuhan
Definisi: kesulitan dalam melakukan peran pemberi asuhan dalam keluarga.
Kriteria Diagnostik: khawatir klien TB akan kembali dirawat dirumah sakit, khawatir tidak mampu dalam merawat klien, sulit melakukan atau menyelesaikan tugas merawat klien TB.

b. Diagnosa Individu :

- 1) Pola Nafas Tidak Efektif
Definisi: Inspirasi dan ekspirasi yang tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan tubuh.
Kriteria Diagnostik: Adanya gejala sesak napas, batuk produktif, atau penurunan saturasi oksigen.
- 2) Defisit Nutrisi
Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Kriteria Diagnostik: Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, kehilangan nafsu makan.

3) Gangguan Pola Tidur

Definisi: Gangguan pada jumlah dan kualitas tidur yang dialami pasien atau anggota keluarga lain.

Kriteria Diagnostik: mengeluh sering terjaga akibat batuk kronis pada malam hari yang mengganggu tidur pasien.

4) Ketidapatuhan

Definisi: perilaku individu dan/atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil perawatan/pengobatan tidak efektif.

Kriteria Diagnostik: menolak menjalani pengobatan, perilaku tidak mengikuti program pengobatan TB dan tidak menjalankan anjuran (minum obat TB tepat waktu)

c. Perencanaan / Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah langkah yang diambil oleh perawat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan. Pada tahap ini, perawat melaksanakan tindakan berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Beberapa contoh intervensi yang dapat dilakukan pada keluarga dengan TB Paru sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) :

- 1) Edukasi Kesehatan
- 2) Dukungan pengambilan Keputusan
- 3) Pelibatan keluarga
- 4) Promosi perilaku Upaya kesehatan
- 5) Modifikasi perilaku
- 6) Dukungan koping keluarga

- 7) Edukasi pada pengasuh
- 8) Manajemen jalan nafas
- 9) Manajemen nutrisi
- 10) Promosi berat badan
- 11) Dukungan tidur
- 12) Edukasi aktivitas/istirahat
- 13) Dukungan kepatuhan program pengobatan

d. Implementasi

Tahap di mana rencana intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya diterapkan secara langsung oleh perawat dalam perawatan keluarga dengan kasus TB. Pada tahap ini, perawat melakukan tindakan konkret dan mendukung keluarga untuk melaksanakan rencana yang telah dirumuskan, dengan tujuan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi keluarga, serta mengoptimalkan pengelolaan penyakit dan perawatan pasien. Beberapa contoh implementasi pada keluarga dengan TB :

- 1) Melakukan edukasi langsung kepada keluarga dan komunitas tentang pencegahan penularan TB.
- 2) Memberikan informasi terstruktur kepada keluarga tentang pengobatan TB, termasuk jadwal obat, efek samping, dan pentingnya menyelesaikan pengobatan.
- 3) Membantu keluarga menyusun jadwal pengobatan harian untuk pasien TB
- 4) Memastikan keluarga memiliki akses ke layanan kesehatan untuk kontrol rutin
- 5) Melakukan kunjungan rumah untuk memantau kepatuhan pengobatan
- 6) Memfasilitasi keluarga dalam membuat rencana pengelolaan kesehatan, seperti memperbaiki ventilasi rumah dan menjaga kebersihan lingkungan

- 7) Membimbing keluarga dalam penyediaan makanan bergizi dan menyesuaikan pola makan pasien TB
 - 8) Mengidentifikasi perilaku berisiko dalam keluarga, seperti kebiasaan merokok, buang dahak sembarangan, tidak memakai masker, atau tidak menjaga kebersihan rumah dan lingkungan
3. Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi adalah proses menilai apakah tujuan yang telah ditetapkan tercapai atau tidak, berdasarkan intervensi yang dilakukan. Evaluasi dilakukan secara berkelanjutan untuk mengetahui efektivitas intervensi keperawatan yang telah diterapkan. Adapun tujuannya adalah menilai apakah tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai, mengidentifikasi masalah atau hambatan dalam proses perawatan dan mencari solusi, serta menjamin kualitas perawatan yang diterima pasien dan keluarga.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, jangan lupa dilakukan dokumentasi seperti pencatatan dan pelaporan semua tindakan, pengamatan, dan hasil yang dicapai selama perawatan. Dokumentasi ini menjadi bukti legal dan etis bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat dipertanggung jawabkan.

Beberapa contoh evaluasi pada aspek keluarga dengan TB sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI):

- a. Penerimaan keluarga terhadap perubahan status kesehatan meningkat :
 - 1) Keluarga menunjukkan perubahan sikap yang lebih positif terhadap status kesehatan pasien TB.
 - 2) Keluarga mulai memahami bahwa penyakit TB dapat disembuhkan dengan pengobatan yang tepat,

dan mereka berkomitmen untuk mendukung pasien selama pengobatan.

- b. Kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat
 - 1) Keluarga telah menerapkan langkah-langkah pencegahan seperti penggunaan masker oleh pasien dan anggota keluarga, serta menjaga kebersihan dan ventilasi rumah yang baik.
 - 2) Keluarga secara aktif mengawasi dan mendorong kebiasaan hidup sehat untuk mencegah penularan TB.
- c. Kemampuan keluarga dalam menjelaskan pengetahuan tentang penyakit TB meningkat
 - 1) Keluarga menunjukkan pemahaman yang lebih baik tentang mekanisme penularan dan pencegahan TB.
 - 2) Anggota keluarga dapat menjelaskan dengan jelas tentang penyakit TB, gejalanya, dan pentingnya pengobatan yang teratur.
- d. Kemampuan memenuhi kebutuhan keluarga meningkat
 - 1) Keluarga dapat lebih efektif memenuhi kebutuhan fisik dan emosional pasien TB, seperti memastikan pasien mendapatkan makanan bergizi, istirahat yang cukup, dan dukungan psikologis.
 - 2) Terjadi perbaikan dalam pembagian peran dalam keluarga untuk mendukung pasien TB.
- e. Kemampuan menyelesaikan tugas merawat pasien meningkat
 - 1) Keluarga kini lebih terorganisir dalam merawat pasien, baik dalam aspek perawatan medis (seperti memberikan obat secara teratur) maupun perawatan non-medis (seperti memberi dukungan emosional).
 - 2) Terjadi peningkatan dalam kedisiplinan keluarga dalam merawat pasien sesuai dengan instruksi tenaga kesehatan.

- f. Keluarga dan klien TB mengatakan mau mematuhi dan mengikuti program pengobatan TB
 - 1) Pasien dan keluarga berkomitmen untuk mengikuti seluruh rangkaian pengobatan TB sesuai dengan rekomendasi tenaga kesehatan.
 - 2) Pasien dan keluarga secara terbuka menyatakan kesiapan untuk menjalani pengobatan jangka panjang hingga pasien sembuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Da Silva, M. L., & Guedes, V. S. (2021). Self-perception of nurses' competence in family assessment and intervention. *Investigación y Educación En Enfermería*, 39(3).
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e13>
- Friedman. (2010). *Keperawatan keluarga: teori dan praktik* (Ed. 5). Jakarta : EGC. Hal: 290-413.
- Global tuberculosis report. (2024). *2024 Global tuberculosis report*.
- Kemenkes RI. (2024). Revisi Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Di Indonesia 2020-2024 Dan Rencana Interim 2025-2026.
- Li, C. T., Chu, K. H., Reiher, B., Kienene, T., & Chien, L. Y. (2017). Evaluation of health-related quality of life in patients with tuberculosis who completed treatment in Kiribati. *Journal of International Medical Research*, 45(2), 610-620.
<https://doi.org/10.1177/0300060517694491>
- Madhumati Chatterji, M. D. M. L. van D. G. B. M. S. L. L. S. S. (2024). *Models of care for tuberculosis infection screening and treatment in primary care: A scoping review*. 53, 1-8.
- Maglaya.(2009). *Family Health Nursing : The Proses. Philipina* : Argonauta Corpotaion : Nangka Marikina
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Pratiwi, I., & Fatima Koa, M. (n.d.). Individual Coaching on Self-Efficacy, Control and Medication Adherence in Patients with Tuberculosis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24, 2020.

BIODATA PENULIS



Sartika, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.K., lahir di Buol pada 08 Februari 1990. Menyelesaikan pendidikan Sarjana di Fakultas Keperawatan Universitas Muslim Indonesia. Kemudian melanjutkan pendidikan Magister di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Selanjutnya, penulis juga menyelesaikan pendidikan Spesialis Keperawatan Komunitas di Universitas Indonesia. Saat ini, penulis aktif sebagai Dosen tetap di Jurusan Keperawatan Universitas Negeri Gorontalo.

BAB 12

Perilaku Kesehatan

Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH

A. Pendahuluan

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus. Perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas. Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia. Hereditas atau faktor keturunan adalah konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup untuk selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak lain. Perilaku individu sangat erat kaitannya dengan perilaku Kesehatan (Adliyani, 2015).

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan. Perilaku kesehatan dibagi menjadi tiga (3) bagian yaitu: perilaku pemelihara kesehatan (Health Maintanance), Perilaku Pencarian dan Penggunaan Sistem

yaitu Fasilitas Pelayanan Kesehatan / Perilaku Pencarian Pengobatan (Health Seeking Behaviour), perilaku Kesehatan Lingkungan. Perilaku pemelihara kesehatan adalah perilaku atau usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha menyembuhkan bila sakit. Perilaku Pencarian dan Penggunaan Sistem atau fasilitas Pelayanan Kesehatan / Perilaku Pencarian Pengobatan adalah upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan. Perilaku kesehatan lingkungan adalah bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan social budaya, dan sebagainya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Perilaku kesehatan yang baik dan positif akan berdampak positif pula terhadap Kesehatan (Martina 2016).

B. Konsep Perilaku Kesehatan

1. Pengertian

Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (observable) maupun yang tidak dapat diamati (unobservable) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan Kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit serta masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit.

Notoatmodjo (2014) mengatakan perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dalam konteks pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan dibagi menjadi dua: Perilaku masyarakat dilayani yang atau menerima pelayanan (consumer), perilaku pemberi pelayanan atau petugas kesehatan yang melayani (provider) (Susilowati, D. 2016).

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang

berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok, yakni respons dan stimulus atau rangsangan. Respons atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun bersifat aktif (tindakan yang nyata atau praktis). Sedangkan stimulus atau rangsangan di sini terdiri 4 unsur pokok, yakni: sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan (Martina 2016).

2. Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Notoatmodjo (2014) membagi perilaku kesehatan ke dalam 2 kelompok besar yaitu :

- a. Perilaku Orang Sehat; Perilaku ini disebut perilaku sehat (healthy behavior) yang mencakup perilaku yang tampak maupun tidak (overt and covert behavior) dalam hal pencegahan penyakit (preventif) dan perilaku dalam upaya meningkatkan kesehatan (promotif).
- b. Perilaku Orang yang Sakit; Perilaku orang yang sakit terjadi pada orang yang sudah mengalami masalah dengan kesehatannya. Perilaku ini disebut dengan perilaku pencarian masalah kesehatan (health seeking behavior). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang untuk memperoleh kesembuhan atas penyakit yang dideritanya.

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2018) perilaku kesehatan dapat dibagi menjadi 3 kelompok yaitu :

- a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (Health maintenance) Perilaku atau usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek, yaitu :

- 1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit apabila sakit, serta pemulihan kesehatan ketika sembuh dari penyakit
 - 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Kesehatan merupakan keadaan yang dinamis dan relatif, maka dari itu seseorang yang sehat perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
 - 3) Perilaku gizi (makanan)
Perilaku gizi (makanan) dan minuman, makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang. Makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang bahkan dapat mendatangkan penyakit. Perlakuan seseorang terhadap makanan dan minuman dapat memengaruhi kesehatan.
- b. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau perilaku pencarian pengobatan (health seeking behavior)
Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (self treatment) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
- c. Perilaku kesehatan lingkungan Respon seseorang dalam mengelola keadaan lingkungannya merupakan hal penting yang dapat memengaruhi kesehatan. Lingkungan fisik maupun sosial budaya dapat mempengaruhi kesehatan seseorang, misalnya bagaimana seseorang mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

3. Domain Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2018) perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme, namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Determinan atau faktor internal, yaitu karakteristik orang yang bersangkutan bersifat given atau bawaan. Contoh dari faktor internal adalah tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
- b. Determinan atau faktor eksternal, yaitu lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan eksternal merupakan faktor yang dominan mewarnai perilaku seseorang. Uraian diatas dapat dirumuskan perilaku adalah totalitas penghayatan atau aktivitas seseorang yang merupakan hasil dari berbagai faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai bentangan sangat luas.

Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2014), membagi perilaku manusia ke dalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yaitu, kognitif (cognitive), afektif (affective), psikomotorik (psychomotor). Dalam perkembangannya, teori ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu :

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui

panca indera, penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan merupakan hal yang sangat utuh terbentuknya tindakan seseorang (over behavior) karena dalam penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu:

- 1) Tahu (know) Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang paling rendah. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain, menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan manfaat dari pemeriksaan kehamilan.
- 2) Memahami (comprehension) Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham terhadap objek atau materi tersebut harus dapat menjelaskan, menyebutkan, contoh: menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.
- 3) Aplikasi (application) Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya. Aplikasi ini dapat

diartikan atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

- 4) Analisis (analysis) Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.
- 5) Sintesis (synthesis), Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dan formulasi-formulasi yang ada.
- 6) Evaluasi (evaluation) Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

2. Sikap

Sikap adalah bagaimana pendapat atau penilaian orang atau responden terhadap hal yang terkait dengan kesehatan, sehat-sakit dan factor

resiko kesehatan. Sikap merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain.

Sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau secara sederhana yang merupakan respon terhadap stimulasi sosial yang telah terkoordinasi. Sikap dapat juga diartikan sebagai aspek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu objek (Ryadi, 2016).

Menurut Tiraihati, Z.,W., (2017) sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
 - 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek.
 - 3) Kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen itu secara bersama-sama membentuk suatu sikap yang utuh (total attitude) dan dipengaruhi oleh pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi.
3. Praktik atau tindakan

Suatu sikap belum semuanya terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sesudah seseorang mengetahui sebuah stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya inilah yang disebut praktik (practice)

kesehatan.

4. Strategi Perubahan Perilaku

Didalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga yang dikutip oleh Adliyani, Z. O. N. (2015), yaitu:

- a. Menggunakan Kekuatan / Kekuasaan Atau Dorongan Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan- peraturan/ perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.
- b. Pemberian informasi Memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Pengetahuan tersebut Pengetahuan tersebut akan menyebabkan seseorang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).
- c. Diskusi partisipasi Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan

informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan. Cara tersebut adalah sebagai peningkatan cara yang kedua dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, namun dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi dalam diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya

5. Faktor-faktor yang Memengaruhi Perilaku Kesehatan

Menurut model perubahan perilaku Precede-Proceed dari Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2018), menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (behavior causes) dan faktor di luar perilaku (non behavior causes). Selanjutnya perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim Precede: Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. Precede ini adalah merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. Model Precede-Proceed merupakan salah satu model yang paling baik untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan. Precede fase 1 sampai dengan 4 berfokus pada perencanaan program, sedangkan bagian Proceed fase 5 sampai dengan 8 berfokus pada implementasi dan evaluasi. Delapan fase dari model panduan dalam menciptakan program promosi kesehatan, dimulai dengan hasil yang lebih umum ke hasil yang lebih spesifik. Proses secara bertahap mengarah ke penciptaan sebuah program, pemberian program, dan evaluasi program. Pada fase ketiga penilaian edukasi dan ekologi (educational and ecological assessment), faktor-faktor

yang memiliki potensi untuk mempengaruhi lingkungan dan determinan perilaku diklasifikasikan menurut dampaknya. Tipe dampak tersebut diklasifikasikan menjadi tiga kelompok utama, yaitu: faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat.

- a. Faktor Predisposisi (predisposing factors) Faktor predisposisi merupakan faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Faktor predisposisi secara umum dapat dikatakan sebagai pertimbangan- pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghambat terjadinya perilaku. Faktor yang termasuk kedalam kelompok faktor predisposisi antara lain pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi, dan beberapa karakteristik individu seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Faktor Pemungkin (enabling factors) Faktor pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku dan kemudahan untuk mencapainya. Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik, posyandu, polindes, dan sebagainya; ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun segi biaya dan sosial; adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut. Faktor ini merupakan kondisi dari lingkungan, memfasilitasi dilakukannya suatu tindakan oleh individu atau organisasi.
- c. Faktor Penguat (reinforcing factors) Faktor penguat merupakan faktor yang untuk terjadinya perilaku tersebut. Faktor penguat merupakan faktor yang

memperkuat suatu perilaku dengan memberikan penghargaan secara terus menerus pada perilaku dan berperan pada terjadinya suatu pengulangan. Faktor ini juga meliputi konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik yang positif dan akan mendapat dukungan sosial. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-taman atau lingkungan bahkan saran dan umpan balik dari petugas kesehatan.

Menurut Martina. (2016). bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku..

DAFTAR PUSTAKA

- Adliyani, Z. O. N. (2015). Pengaruh Perilaku Individu terhadap Hidup Sehat. Majority.
- Damanik, M. R. M. (2021). Komunikasi Perubahan Perilaku Training of Trainer (Tot) Pendampingan Keluarga dalam Percepatan Penurunan Stunting. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional.
- Martina. (2016). Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan. In Jakarta: EGC. Yayasan Kita Menulis.
- Maulana, H. D. (2018). Promosi Kesehatan. Penerbit Buku Kedokteran EGC..
- Notoatmodjo, S. (2014). Ilmu Perilaku Kesehatan (Cetakan II). Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2018). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. PT Asdi Mahasatya.
- Ryadi, ALS. (2016). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Penerbit Andi: Yogyakarta.
- Susilowati, D. (2016) Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Promosi Kesehatan". Jakarta: Kemenkes RI.
- Tiraihati, Z.,W., (2017) Analisis Promosi Kesehatan Berdasarkan Ottawa Charter di RS Onkologi Surabaya. Jurnal Promkes.

BIODATA PENULIS



Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH lahir di Tomohon, pada 9 Februari 1962. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Negeri Manado, dan S2 di Universitas Gajah Mada, minat Promosi Kesehatan. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado Jurusan Keperawatan.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

