



Buku Ajar
**Keperawatan
Keluarga**

Tim Penulis :

Khotibul Umam, S.Kep., Ns., M.Kes
Nurhakim Yudhi Wibowo, M.Kep., Ns
Ns. Holli Piter Natalia S.Kep., M.Kep
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Ni Rai Sintya Agustini, S.Kep., M.Kep
Ns. Yuni Arnita, S.Kep., M.Kep
Diliani, S.Kep., Ns., M.Kep

BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA

Penulis :

Khotibul Umam, S.Kep., Ns., M.Kes
Nurhakim Yudhi Wibowo, M.Kep., Ns
Ns. Holli Piter Natalia S.Kep., M.Kep
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Ni Rai Sintya Agustini, S.Kep., M.Kep
Ns. Yuni Arnita, S.Kep., M.Kep
Diliani, S.Kep., Ns., M.Kep

Penerbit

SONPEDIA.COM

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA

Tim Penulis :

Khotibul Umam, S.Kep., Ns., M.Kes
Nurhakim Yudhi Wibowo, M.Kep., Ns
Ns. Holli Piter Natalia S.Kep., M.Kep
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Ni Rai Sintya Agustini, S.Kep., M.Kep
Ns. Yuni Arnita, S.Kep., M.Kep
Diliani, S.Kep., Ns., M.Kep

ISBN : 978-623-8598-97-7

Editor :

Putu Intan Daryaswanti

Penyunting :

Efitra

Desain sampul dan Tata Letak :

Yayan Agusdi

Penerbit :

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Redaksi :

Jl. Kenali Jaya No 166 Kota Jambi 36129 Telp. +6282177858344

Email : sonpediapublishing@gmail.com

Website : www.buku.sonpedia.com

Anggota IKAPI : 006/JBI/2023

Cetakan Pertama, Mei 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara Apapun tanpa ijin dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku ini berjudul “***Buku Ajar Keperawatan Keluarga***”. Tidak lupa kami ucapkan terima kasih bagi semua pihak yang telah mendukung dan kontribusi dalam penulisan dan penerbitan buku ini.

Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang konsep-konsep dasar dalam keperawatan sebagai modal dasar perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan pada komunitas tingkat keluarga.

Buku Ajar Keperawatan Keluarga ini merupakan sebuah buku yang dapat digunakan oleh dosen dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran khususnya Program Studi Keperawatan. Buku ini umum dapat digunakan sebagai panduan dan referensi mengajar menyesuaikan Rencana Pembelajaran Semester di lingkungan kampus dan lainnya.

Secara garis besar, buku ajar ini membahas tentang pemahaman dasar tentang konsep utama dalam pemberian layanan keperawatan dasar. Buku ini disusun secara sistematis mencakup beberapa topik penting, mulai konsep pelayanan kesehatan primer, konsep keperawatan keluarga, asuhan keperawatan keluarga, manajemen sumber daya keluarga, evidence based practice, model keperawatan keluarga dan pemberdayaan keluarga.

Ditulis dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami, buku ajar ini dirancang untuk digunakan oleh dosen dalam kegiatan pembelajaran mahasiswa. Kami berharap buku ini memberikan wawasan berharga dan menjadi panduan yang berguna dalam memahami dan mempelajari keperawatan keluarga.

Buku ini mungkin masih terdapat kekurangan dan kelemahan. Oleh karena itu, saran dan kritik para pemerhati sungguh penulis harapkan. Semoga buku ini memberikan manfaat dan menambah khasanah ilmu pengetahuan.

Lamongan, Mei 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iv
KEGIATAN BELAJAR 1 KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (PRIMARY HEALTH CARE)	1
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENDAHULUAN DAN PENGERTIAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (<i>PRIMARY HEALTH CARE</i>).....	2
B. TUJUAN DAN FUNGSI <i>PRIMARY HEALTH CARE</i>	4
C. PRINSIP DAN ELEMEN <i>PRIMARY HEALTH CARE</i>	5
D. TANGGUNG JAWAB TENAGA KESEHATAN DALAM <i>PRIMARY HEALTH CARE</i>	7
E. INTEGRASI <i>PRIMARY HEALTH CARE</i>	9
F. INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI PUSKESMAS ...	12
G. INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI PUSKESMAS PEMBANTU (PUSTU).....	12
H. RANGKUMAN	13
I. TES FORMATIF	14
J. LATIHAN.....	14
KEGIATAN BELAJAR 2 KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA.....	15
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. DEFINISI KELUARGA.....	16
B. TIPE KELUARGA.....	16
C. TAHAP & TUGAS PADA PERKEMBANGAN KELUARGA.....	18
D. FUNGSI KELUARGA	22
E. TUGAS KELUARGA DALAM PEMELIHARAAN KESEHATAN	24
F. PERAN PERAWAT KELUARGA	25
G. RANGKUMAN	27
H. TES FORMATIF	27
I. LATIHAN.....	28
KEGIATAN BELAJAR 3 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	29

DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	30
B. FUNGSI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	32
C. RUANG LINGKUP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	33
D. PROSES ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	38
E. ASPEK ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	39
F. RANGKUMAN	42
G. TES FORMATIF	43
H. LATIHAN.....	44
KEGIATAN BELAJAR 4 MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA	45
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN SUMBER DAYA KELUARGA.....	46
B. KLASIFIKASI SUMBER DAYA KELUARGA.....	46
C. PENGERTIAN MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA	48
D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA	49
E. TUJUAN DAN FUNGSI MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA	50
F. SISTEM DAN PROSES MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA	51
G. RANGKUMAN	55
H. TES FORMATIF	56
I. LATIHAN.....	56
KEGIATAN BELAJAR 5 EVIDENCE BASED PRACTICE.....	57
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN EVIDENCE BASED PRACTICE.....	58
B. TUJUAN EVIDENCE BASED PRACTICE	59
C. MANFAAT EVIDENCE BASED PRACTICE	60
D. MODEL TEORI EVIDENCE BASED PRACTICE	61
E. IMPLEMENTASI EBP DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN	62
F. PENGARUH EBP DALAM KEPERAWATAN KELUARGA.....	65
G. RANGKUMAN	66
H. TES FORMATIF	67
I. LATIHAN.....	67
KEGIATAN BELAJAR 6 MODEL KEPERAWATAN KELUARGA	68

DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN	69
B. MODEL KONSEPTUAL YANG DAPAT DITERAPKAN DALAM KEPERAWATAN KELUARGA	69
C. RANGKUMAN	78
D. TES FORMATIF	78
E. LATIHAN.....	79
KEGIATAN BELAJAR 7 PEMBERDAYAAN KELUARGA.....	80
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN PEMBERDAYAAN KELUARGA	81
B. TUJUAN PEMBERDAYAN KELUARGA	81
C. FAKTOR-FAKTOR PEMBERDAYAAN KELUARGA.....	82
D. PEMBERDAYAAN KELUARGA SEBAGAI INTERVENSI KEPERAWATAN.....	82
E. CONTOH PENERAPAN PEMBEDAYAAN KELUARGA.....	84
F. RANGKUMAN	87
G. TES FORMATIF	87
H. LATIHAN.....	88
DAFTAR PUSTAKA	89
TENTANG PENULIS	96

KEGIATAN BELAJAR 1

KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (*PRIMARY HEALTH CARE*)

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

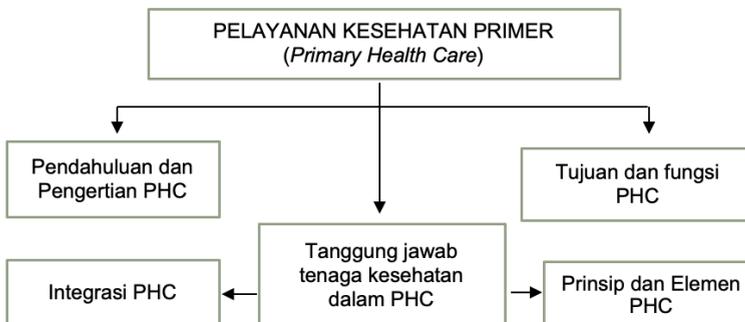
Pada bab ini mahasiswa mempelajari konsep dasar teoritis pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*). Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari pelayanan Kesehatan primer lebih lanjut.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan :

1. Mampu menguraikan pendahuluan dan pengertian *primary health care*.
2. Mampu menjelaskan tujuan dan fungsi *primary health care*
3. Mampu menjelaskan prinsip dan elemen *primary health care*
4. Mampu menjelaskan tanggung jawab tenaga kesehatan dalam *primary health care*
5. Mampu menjelaskan integrasi *primary health care*

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENDAHULUAN DAN PENGERTIAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER (*PRIMARY HEALTH CARE*)

1. Pendahuluan dan Perkembangan *Primary Health Care*
Primary Health Care merupakan hasil pengkajian, pemikiran, pengalaman dalam Pembangunan Kesehatan di banyak negara yang diawali dengan kampanye massal pada tahun 1950-an dalam pemberantasan penyakit menular, karena pada waktu itu banyak negara tidak mampu mengatasi dan menanggulangi wabah penyakit TBC, Capak, Diare dsb.

Pada tahun 1960 teknologi kuratif dan preventif dalam struktur pelayanan Kesehatan telah mengalami kemajuan, sehingga timbullah pemikiran untuk mengembangkan konsep “Upaya Dasar Kesehatan”. Pada tahun 1972/1973, WHO mengadakan studi dan mengungkapkan bahwa banyak negara tidak puas atas sistem Kesehatan yang dijalankan dan banyak issue tentang kurangnya pemerataan pelayanan Kesehatan di daerah pedesaan.

Akhirnya pada tahun 1977 dalam Sidang Kesehatan sedunia (*World Health Essembly*), telah ada kesepakatan global yang dihasilkan untuk mencapai “Kesehatan Bagi Semua atau *Health For All* pada Tahun 2000” (KBS 2000 HFA by The Year 2000), yaitu tercapainya suatu derajat kesehatan yang optimal yang memungkinkan setiap orang hidup produktif, baik secara sosial maupun ekonomi. Kemudian pada tahun 1978 dalam Konferensi di Alma Alta, menetapkan *Primary Health Care* (PHC) sebagai pendekatan atau strategi global untuk mencapai Kesehatan Bagi Semua (KBS) atau *Health For All by The Year 2000* (HFA 2000). Pada konferensi tersebut Indonesia juga ikut menandatangani dan telah mengambil kesepakatan global dengan menyatakan bahwa untuk mencapai Kesehatan Bagi Semua Tahun 2000 (HFA’2000) kuncinya adalah PHC (*Primary Health Care*) dan bentuk operasional dari PHC tersebut di

Indonesia dikenal PKMD (Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa).

2. Pengertian *Primary Health Care*

Primary Health Care (PHC) atau yang biasa diterjemahkan sebagai pelayanan kesehatan dasar merupakan suatu upaya pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan untuk bisa memberikan jaminan pelayanan kesehatan yang minimal/mendasar yang dapat diakses dan dijangkau oleh masyarakat. Layanan kesehatan ini didasarkan dengan prinsip yang mengedepankan metode dan teknologi praktis, ilmiah dan diterima secara baik oleh masyarakat karena tidak bertentangan dengan norma, adat istiadat dan kebudayaan masyarakat setempat, juga memungkinkan bagi Masyarakat untuk bisa berpartisipasi dan ambil bagian dalam pelaksanaannya secara mandiri (*self reliance*), karena masyarakat berhak untuk menentukan sendiri apa yang menjadi kebutuhan kesehatan mereka (*self determination*).

Beberapa pengertian terkait pelayanan kesehatan dasar adalah sebagai berikut: (Puskesmas, 2018) adalah sebagai berikut; pelayanan kesehatan dasar atau pratama adalah suatu cara/kiat yang diupayakan agar layanan kesehatan yang minimal dan essensial dapat di jangkau oleh seluruh penduduk (Lancaster, 1997). Oleh karena itu, layanan kesehatan dasar ini merupakan ujung pelayanan yang paling pertama bersentuhan dengan masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan yang mencakup kegiatan promotif dan preventif, pengkajian dan penilaian derajat kesehatan masyarakat, upaya diagnosis sedini mungkin dan upaya pengobatan masalah kesehatan yang akut maupun kronis, serta upaya-upaya rehabilitasi.

Pendekatan lain yang juga menjadi perhatian dari pelayanan dasar ini adalah layanan kesehatan secara tradisional,

memperhitungkan kearifan lokal budaya setempat, serta berbagai hal lainnya seperti penghasilan, kondisi rumah, tingkat pendidikan dan lainnya yang berpengaruh terhadap kesehatan individu, kelompok dan masyarakat.

Puskesmas menekankan pengembangan yang dapat diterima dan keterjangkauan pelayanan medis yang diberikan adalah penting, yang penting dan mengutamakan peningkatan dan keberlanjutan dengan kepercayaan dan partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Amerika Serikat belum mengadopsi PHC sebagai strategi nasional atau sebagai strategi kesehatan masyarakat alternatif minimal. Perawat kesehatan masyarakat memainkan peran penting dalam membantu orang belajar bagaimana merawat diri mereka sendiri, mengembangkan kapasitas dan memperluas infrastruktur untuk memastikan perawatan kesehatan dasar untuk semua. Kami siap bekerja dengan orang lain di masyarakat untuk melakukannya.

Berdasarkan pemaparan tentang pengertian *Primary Health Care* (PHC), maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan dasar dan esensial ini pada dasarnya bisa dikatakan terdiri dari beberapa kata kunci, yaitu : Ilmiah, Mudah dijangkau, Melibatkan peran serta Masyarakat, terjangkau secara ekonomi dan kemandirian (*self reliance*).

B. TUJUAN DAN FUNGSI PRIMARY HEALTH CARE

Tujuan umum dicanangkannya *Primary Health Care* yaitu upaya yang dilakukan untuk menemukan apa saja yang dibutuhkan masyarakat dalam memenuhi kesehatannya, sehingga kebutuhan tersebut dapat disediakan dan dimanfaatkan dengan baik sesuai dengan yang diharapkan guna peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Di sisi lain, ada harapan yang ingin dicapai melalui layanan kesehatan dasar ini, yaitu :

1. Dapat menjangkau seluruh penduduk
2. Dapat diterima oleh orang yang menerima pelayanan
3. Didasarkan pada kebutuhan medis orang yang menerima pelayanan
4. Memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dengan maksimal bagi pemenuhan layanan kesehatan bagi masyarakat.

Primary Health Care hendaknya memenuhi fungsi-fungsi sebagai berikut :

1. Pemeliharaan kesehatan
2. Pencegahan penyakit
3. Diagnosis dan pengobatan
4. Pelayanan tindak lanjut
5. Pemberian sertifikat

C. PRINSIP DAN ELEMEN *PRIMARY HEALTH CARE*

1. Prinsip *Primary Health Care*

Pada tahun 1978, dalam konferensi Alma Ata ditetapkan pokok-pokok pikiran dalam upaya layanan kesehatan dasar PHC sebagai solusi atas permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh banyak bangsa secara global guna mencapai kesehatan bagi semua. Prinsip-prinsip yang ada dalam PHC (Fhirawati, 2020) adalah:

a. Upaya kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia

Pemberian pelayanan kesehatan berdasarkan prinsip ini bahwa pelayanan kesehatan dasar yang dimaksudkan disini, adalah kegiatan yang berupaya memberikan pelayanan sebagai solusi atas permasalahan kesehatan utama yang dialami masyarakat secara menyeluruh kepada

setiap warna negara tanpa memandang perbedaan seperti jenis kelamin, umur, suku, bangsa, ras, agama, kelas sosial, dan sebagainya.

b. Lebih diutamakan pada upaya pencegahan

Usaha pencegahan yang dimaksudkan disini adalah semua tindakan yang dilakukan agar masyarakat mau dan mampu dalam upayanya meningkatkan dan memelihara kesehatannya secara mandiri. Penekanan lebih diutamakan pada perubahan perilaku yang lebih baik dan sesuai standar kesehatan agar kehidupan kesehatan masyarakat lebih berkualitas.

c. Memanfaatkan IPTEK yang sesuai dalam upaya peningkatan Kesehatan.

Teknologi dalam bidang kesehatan terus berkembang dan beragam, oleh karena itu, teknologi kesehatan yang tepat guna harus tersedia dan terjangkau, murah, tidak bertentangan dengan budaya masyarakat.

d. Pemberdayaan masyarakat

Dukungan dan keterlibatan masyarakat terhadap upaya penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat sendiri merupakan faktor berpengaruh terhadap keberhasilan suatu program kesehatan yang diperuntukkan bagi masyarakat itu sendiri. Dengan keterlibatan tersebut, setiap individu dalam hal ini keluarga dapat mengambil tanggungjawab secara mandiri atas kesehatan diri dan keluarganya serta dapat pula mengembangkan diri dan kapasitasnya untuk dapat memberikan kontribusinya bagi pengembangan dan pembangunan kesehatan di daerah mereka masing-masing. Dengan semangat kemandirian inilah diharapkan program-program pemerintah dalam bidang kesehatan khususnya akan mendapat perhatian, dukungan dan peran serta aktif masyarakat, sehingga pembangunan kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat tercapai.

- e. Kerjasama interdisipliner dalam promosi Kesehatan Kesadaran akan pentingnya kolaborasi dalam upaya penanganan masalah-masalah kesehatan di masyarakat akan memberikan dampak yang positif terhadap pembangunan kesehatan. Hal ini dikarenakan intervensi terhadap masalah kesehatan tidak bisa tertangani dari sektor kesehatan saja, tetapi dibutuhkan kerjasama lintas sektoral, sektor lain yang terlibat didalam penanganan kesehatan masyarakat antara lain: ketahanan pangan (pertanian), pengetahuan (pendidikan), media, perumahan, sanitasi dasar, penyediaan air bersih (pekerjaan umum), *industry* dan organisasi.

2. Elemen *Primary Health Care*

Elemen *Primary Health Care* yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- a. Pendidikan mengenai masalah Kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya
- b. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
- c. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
- d. Kesehatan Ibu dan Anak termasuk KB
- e. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemic setempat
- f. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa
- g. Penyediaan obat-obat esensial

D. TANGGUNG JAWAB TENAGA KESEHATAN DALAM *PRIMARY HEALTH CARE*

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian yang tidak terlepas dari pelayanan kesehatan berupa pelayanan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang menyeluruh, bagi individu, keluarga dan masyarakat. Sebagai suatu profesi, keperawatan didasarkan pada filosofi yang

memandu kegiatan keperawatan yang akan dilakukan dengan menghormati pandangan holistik tentang kebutuhan manusia sebagai kompleks lengkap organisme biologis-psikologis sosiologis-spiritual. Oleh karena itu, keperawatan dilakukan dengan pendekatan yang lebih manusiawi, menghormati dan menghargai harkat dan martabat manusia serta menjunjung tinggi keadilan. Keperawatan juga umum dalam arti tidak membedakan atas dasar kriteria yang ada di masyarakat, merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang ada, sehingga dalam melaksanakan tugasnya, perawat menganggap klien sebagai mitra aktif dalam proses persalinan. . dari asuhan keperawatan. (Kajian Layanan Kesehatan Primer di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan - Jago Preventif, n.d.).

Peran utama perawat dalam upaya pelayanan kesehatan primer adalah memberikan pelayanan berupa asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan masyarakat yang memiliki masalah kesehatan atau keperawatan di rumah, sekolah, panti asuhan, dll sesuai kebutuhan. Dalam melaksanakan tugasnya, perawat paling tidak memiliki peran dan fungsi yang memungkinkannya melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dengan baik. Peran dan fungsi tersebut antara lain:

1. Penyedia Perawatan

Memberikan pelayanan berupa asuhan keperawatan langsung kepada individu, keluarga dan masyarakat di wilayah hukumnya, dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia melalui proses pemberian asuhan keperawatan yang baik, sehingga setiap permasalahan yang timbul dapat terbentuk dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan berdasarkan kebutuhan individu, keluarga dan masyarakat dan tingkat perkembangan dapat dinilai.

- a. Oleh karena itu, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan harus mampu menciptakan kenyamanan dan

rasa aman bagi klien, mampu melindungi hak dan kewajiban klien terhadapnya dilakukan secara seimbang, memfasilitasi tim medis lain dan berusaha memulihkan kesehatan klien.

b. Pemberian asuhan keperawatan bersifat komprehensif dan lengkap (holistik) dan berkelanjutan (komprehensif), yang dapat diberikan secara langsung atau tidak langsung ke berbagai fasilitas kesehatan di masyarakat Amerika Serikat, seperti pusat kesehatan, pusat kesehatan keliling, pusat medis suportif, panti jompo, posyandu, atau di rumah klien/keluarga.

2. Peran Penyidik Kasus
3. Peran pendidik kesehatan .
4. Peran Koordinator dan Kolaborator
5. Peran penasehat
6. Teladan

Untuk memenuhi perannya dalam upaya pelayanan kesehatan primer, fungsi yang harus dilakukan perawat adalah: Kemerdekaan, Tergantung dan Saling ketergantungan.

E. INTEGRASI *PRIMARY HEALTH CARE*

Pelayanan Kesehatan Primer dilakukan dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi. Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan pendekatan *Primary Health Care* (PHC) melalui 3 (tiga) strategi utama yaitu integrasi pelayanan kesehatan primer perorangan dan masyarakat, pemberdayaan individu dan masyarakat, serta kebijakan dan aksi multi sektor. Strategi global pelayanan kesehatan berfokus pada individu (*people-centred*, terintegrasi guna mewujudkan pelayanan yang lebih komprehensif, responsif dan terjangkau untuk mengatasi beragam kebutuhan kesehatan yang diperlukan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan primer penting dilakukan karena fakta yang ada

menunjukkan capaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan tahun 2021 masih jauh dari target yang ditetapkan dan beban Kesehatan yang masih tinggi serta sebagian besar kasus kematian yang terjadi di Indonesia merupakan kasus yang dapat dicegah.

Di Indonesia, penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Puskesmas yang saat ini berjumlah 10.374 Puskesmas dengan 27.768 Puskesmas Pembantu (Pusdatin, 2022) bersama fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Keberadaan berbagai UKBM sebagai jejaring Puskesmas, seperti Poskesdes (42.051) dan Posyandu (301.068, Komdat Kesmas 2022), Posyandu Lansia (109.415, Komdat Kesmas 2022), Posyandu Remaja (18.300, Komdat Kesmas 2022), Posbindu (79.099, SIPTM 2022) menunjukkan belum terintegrasinya pemberdayaan masyarakat di tingkat desa/kelurahan. Di sisi lain, masih terdapat 18.193 desa/kelurahan yang tidak memiliki fasilitas kesehatan dalam bentuk Pustu/Poskesdes/ Posyandu (laporan daerah per tanggal 20 Desember 2022) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut, pemerintah melaksanakan transformasi pelayanan kesehatan primer dengan menerapkan konsep *Primary Health Care* (PHC) melalui integrasi pelayanan kesehatan primer. Sistem ini tidak dapat dijalankan hanya melalui Puskesmas dan jejaringnya, namun memerlukan peran serta aktif masyarakat serta pemerintah daerah setempat untuk dapat diimplementasikan. Integrasi pelayanan kesehatan primer merupakan upaya untuk menata dan mengoordinasikan berbagai pelayanan kesehatan primer dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan berdasarkan siklus hidup bagi perseorangan, keluarga dan Masyarakat. Integrasi pelayanan kesehatan primer bertujuan untuk mendekatkan akses dan pelayanan kesehatan yang bersifat

F. INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI PUSKESMAS

Cara kerja di Puskesmas dilakukan dengan mengoordinasikan pelayanan kesehatan primer berdasarkan siklus hidup dan tidak lagi berbasis program. Kepala Puskesmas akan menetapkan pembagian seluruh petugas Puskesmas ke dalam klaster-klaster dan menetapkan struktur organisasi Puskesmas berdasarkan pembagian klaster, yaitu:

1. Klaster 1 : Manajemen
2. Klaster 2 : Ibu dan Anak
3. Klaster 3 : Usia Dewasa dan Lanjut Usia
4. Klaster 4 : Penanggulangan Penyakit Menular
5. Lintas Klaster

Masing-masing klaster minimal terdiri atas penanggung jawab (PJ) dan anggota.

G. INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI PUSKESMAS PEMBANTU (PUSTU)

Integrasi pelayanan Kesehatan primer pada Pustu dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan untuk seluruh sasaran siklus hidup dan memperkuat peran pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di desa/kelurahan.

Posyandu merupakan merupakan salah satu jenis Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD/K) yang merupakan wadah partisipasi masyarakat bertugas membantu kepala desa/lurah di bidang pelayanan kesehatan dan bidang lainnya sesuai kebutuhan. Posyandu berada di tingkat dusun/RT/RW yang dibentuk berdasarkan prakarsa pemerintah desa/kelurahan dan masyarakat yang ditetapkan dalam peraturan desa atau peraturan bupati/walikota. Penataan posyandu yang berbasis program antara lain

posyandu KIA, posyandu remaja, posbindu PTM, posyandu lansia menjadi posyandu yang melayani seluruh siklus hidup.

Integrasi Pelayanan Kesehatan primer tercermin dari integrasi antara fasilitas pemberi layanan Kesehatan primer dengan partisipasi atau pemberdayaan Masyarakat. Peran pustu sebagai unit Kesehatan di desa atau kelurahan sangat penting karena menjadi perpanjangan Puskesmas untuk memudahkan akses pelayanan Kesehatan sampai Tingkat desa atau kelurahan sekaligus memperkuat fungsi pemberdayaan Masyarakat di wilayahnya sebagai koordinator dan pembina Posyandu.

H. RANGKUMAN

Pelayanan kesehatan primer merupakan salah satu pilar transformasi kesehatan yang difokuskan pada pemenuhan kebutuhan kesehatan berdasarkan siklus hidup yang mudah diakses dan terjangkau sampai pada tingkat masyarakat, keluarga dan individu. Penerapan pelayanan kesehatan primer diselenggarakan secara terintegrasi di Puskesmas, jejaring dan jaringan pelayanan kesehatan primer untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di setiap fase kehidupan.

Integrasi pelayanan kesehatan primer menitikberatkan pada:

1. Penguatan promotif dan preventif melalui pendekatan pada setiap fase kehidupan dengan tetap menyelenggarakan kuratif, rehabilitatif dan paliatif.
2. Pendekatan pelayanan kesehatan melalui sistem jejaring pelayanan kesehatan primer mulai dari tingkat kecamatan, desa/kelurahan, dusun, rukun warga, rukun tetangga.
3. Penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui digitalisasi dan pemantauan dengan dashboard situasi kesehatan per desa/kelurahan, serta kunjungan keluarga/kunjungan rumah.

I. TES FORMATIF

1. Tujuan umum dicanangkannya *Primary Health Care* yaitu...
 - a. Didasarkan pada kebutuhan medis orang yang menerima pelayanan
 - b. Dapat menjangkau seluruh penduduk
 - c. Dapat diterima oleh orang yang menerima pelayanan
 - d. Menemukan apa saja yang dibutuhkan masyarakat dalam memenuhi kesehatannya
 - e. Memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya

2. *Primary Health Care* hendaknya memenuhi fungsi-fungsi, yaitu
 - a. Pemeliharaan Kesehatan
 - b. Pencegahan dan pengendalian penyakit
 - c. Penyediaan air bersih
 - d. Pemberdayaan Masyarakat
 - e. Penyediaan obat-obat esensial

3. Prinsip utama dari *Primary Health Care* yaitu
 - a. Lebih diutamakan pada upaya pencegahan
 - b. Upaya kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia
 - c. Pemeliharaan Kesehatan
 - d. Pemberdayaan Masyarakat
 - e. Memanfaatkan IPTEK yang sesuai dalam upaya peningkatan Kesehatan

J. LATIHAN

Berikan penjelasan mengenai kegiatan integrasi pelayanan Kesehatan primer berdasarkan SK Kemenkes Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023!

KEGIATAN BELAJAR 2

KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar keperawatan keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menjelaskan definisi keluarga
2. Mampu menjelaskan tipe keluarga
3. Mampu menjelaskan struktur keluarga
4. Mampu menjelaskan fungsi dan peran keluarga
5. Mampu menjelaskan tahap perkembangan keluarga
6. Mampu menjelaskan pemeliharaan kesehatan oleh keluarga
7. Mampu menjelaskan peran perawat keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. DEFINISI KELUARGA

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 (Bailon, 1978). Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayahnya dan anaknya, atau ibunya dan anaknya (Menurut UU nomor 52 tahun, 2009). Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Keadaan ini perlu disadari sepenuhnya bahwa setiap individu merupakan bagiannya dan di keluarga juga semua dapat diekspresikan tanpa hambatan yang berarti (Friedman, 2010).

Dapat disimpulkan dari beberapa pengertian diatas bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang yang terdiri dari satu atau lebih individu yang diikat oleh hubungan perkawinan dimana anggota keluarga saling berinteraksi dan berkomunikasi antara satu sama lain yang masing-masing mempunyai peran sosial untuk mencapai tujuan hidup yang sama.

B. TIPE KELUARGA

Didalam pelaksanaannya asuhan keperawatan keluarga harus memperhatikan beberapa hal dimana salah satunya adalah tipe atau jenis keluarga seperti berikut :

1. Keluarga Tipe tradisional
 - a. Keluarga inti mengacu pada keluarga (biologis atau adopsi) yang terdiri dari suami, istri dan anak

- b. Keluarga besar mengacu pada keluarga inti dan keluarga lain yang berhubungan dengan kerabat sedarah, seperti kakek nenek, keponakan, paman dan bibi.
 - c. Keluarga *Dyad* adalah keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak.
 - d. *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.
 - e. *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).
2. Keluarga tipe non tradisional
- a. *The unmarried teenage mother* (Remaja yang belum menikah) Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dan anak-anak dari hubungan tanpa nikah
 - b. *The stepparent family* Keluarga dengan orang tua tiri.
 - c. *Commune family* (Keluarga komunal)
 - d. 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
 - e. *The nonmarital heterosexual cohabiting family* Keluarga yang tinggal bersama namun bisa saja berganti pasangan tanpa adanya menikah
 - f. *Gay and lesbian families* Orang dengan jenis kelamin yang sama hidup dengan "pasangan nikah"
 - g. *Cohabiting family* dengan beberapa alasan yang memungkinkan dimana orang dewasa tinggal dalam satu rumah tanpa adanya suatu pernikahan.

- h. *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.
- i. *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.
- j. *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.
- k. *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.
- l. *Gang/Gangster* 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.

C. TAHAP & TUGAS PADA PERKEMBANGAN KELUARGA

Dalam siklus kehidupan keluarga, ada tahapan yang dapat diperkirakan, seperti hak individu untuk tumbuh dan berkembang secara berkelanjutan. Layaknya keluarga, perkembangan keluarga merupakan proses perubahan dalam sistem keluarga, termasuk perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggotanya dari waktu ke waktu (IPPKI, 2017). Setiap keluarga akan melalui proses perkembangan dimana disetiap perkembangan keluarga akan

memiliki tugas menyesuaikan tahapan perkembangannya. Berikut tahapan dan tugas pada setiap perkembangan keluarga (Friedman, 2010) :

1. Tahap I: Pasangan baru (*Begining Family*)

Tahap perkembangan keluarga dari pasangan yang baru menikah yang dimulai dengan pernikahan seorang anak adam menandai dimulainya sebuah keluarga baru, keluarga atau suami istri yang bertujuan untuk menghasilkan keturunan sudah menikah, perpindahan dari keluarga asli atau status lajang ke hubungan dekat yang baru. Tugas perkembangan pada tahapan ini yaitu :

- a. Menciptakan sebuah perkawinan yang saling memuaskan
- b. Hubungkan secara harmonis jaringan saudara
- c. Mendiskusikan rencana memiliki anak (menjadi orang tua)

2. Tahap II: Keluarga "Child-Bearing" (Kelahiran anak pertama)

Tahap kedua dimulai dari kelahiran anak pertama dan berlangsung hingga anak pertama berusia 30 bulan kedatangan bayi membawa perubahan transformatif bagi anggota keluarga dan setiap kelompok kerabat. Tugas perkembangan pada tahapan ini yaitu :

- a. Persiapan menjadi orang tua
- b. Beradaptasi dengan anggota keluarga yang berubah: peran, interaksi, hubungan dan aktivitas seksual
- c. Menjaga hubungan yang memuaskan dengan pasangan

3. Tahap III: Keluarga dengan Anak Prasekolah

Tahap ini dimulai dengan kelahiran anak pertama pada usia 2,5 tahun dan berakhir pada usia 5 tahun, pada tahap ini fungsi keluarga dan jumlah serta kompleksitas masalah telah berkembang dengan baik. Tugas perkembangan pada tahapan ini yaitu :

- a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan perumahan, privasi dan keamanan

- b. Bantu anak-anak bersosialisasi
 - c. Beradaptasi dengan bayi yang baru lahir sekaligus harus memenuhi kebutuhan anak lainnya
 - d. Menjaga hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan)
 - e. Alokasikan waktu untuk individu, pasangan dan anak-anak
 - f. Bagikan tanggung jawab anggota keluarga
 - g. Kegiatan dan waktu untuk merangsang tumbuh kembang anak
4. Tahap IV: Keluarga dengan Anak Sekolah
- Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun, pada tahap ini biasanya anggota keluarga paling banyak, jadi keluarga sangat sibuk, selain aktivitas sekolah, setiap anak memiliki aktivitas dan minatnya masing-masing. Demikian pula orang tua melakukan kegiatan yang berbeda dengan anak anaknya. Tugas perkembangan pada tahapan ini yaitu :
- a. Membantu anak-anak dengan kegiatan penjangkauan, tetangga, sekolah dan lingkungan, termasuk meningkatkan kinerja sekolah dan mengembangkan hubungan teman sebaya yang sehat
 - b. Menjaga ubungan intim dengan pasangan Anda
 - c. Memenuhi kebutuhan hidup dan biaya hidup yang terus meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga
5. Tahap V: Keluarga dengan Anak Remaja
- Masa remaja dianggap penting karena adanya perubahan tubuh dan perkembangan kecerdasan yang pesat, selama masa transisi dari masa kanak-kanak hingga dewasa, perkembangan psikologis remaja biasanya tidak berdampak negatif pada tahap psikologis remaja, oleh karena itu diperlukan penyesuaian psikologis dan pembentukan sikap,

nilai, dan minat baru (BKKBN, 2021). Tugas perkembangan pada tahapan ini yaitu :

- a. Mempertimbangkan bertambahnya usia dan kemandirian kaum muda, berikan kebebasan untuk menyeimbangkan tanggung jawab dan tanggung jawab
- b. Menjaga hubungan dekat dengan keluarga
- c. Menjaga komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, permusuhan dan keraguan
- d. Mengubah peran dan aturan tumbuh kembang keluarga

6. Tahap VI: Keluarga dengan Anak Dewasa (Pelepasan)

Fase ini dimulai dari terakhir kali anda meninggalkan rumah dan diakhiri dengan terakhir kali anda meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga atau apakah anak sudah menikah dan terus tinggal bersama orang tuanya tujuan utama tahapan ini adalah menata kembali keluarga untuk terus berperan melepaskan anak untuk hidup sendiri. Tugas perkembangan pada tahapan ini yaitu :

- a. Perluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- b. Menjaga hubungan intim dengan pasangan anda
- c. Membantu orang tua dari suami / istri yang sakit dan memasuki usia lanjut
- d. Membantu anak-anak untuk mandiri dalam masyarakat
- e. Sesuaikan peran dan aktivitas keluarga

7. Tahap VII: Keluarga Usia Pertengahan

Tahap ini dimulai dari terakhir kali anak meninggalkan rumah hingga pensiun atau kematian pasangannya. pada beberapa pasangan sulit pada tahap ini karena masalah usia tua, perpisahan dari anak, dan rasa bersalah gagal menjadi orang tua. Tugas perkembangan pada tahapan ini yaitu :

- a. Menjaga Tetap sehat
- b. Menjaga hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak

- c. Tingkatkan keintiman pasangan
8. Tahap VIII: Keluarga Usia Lanjut
- Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut saat salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal proses masa tua dan masa pensiun merupakan kenyataan yang tidak terhindarkan karena berbagai tekanan dan kerugian yang harus dialami keluarga, tekanan tersebut adalah perasaan kehilangan pendapatan, hilangnya berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan, serta penurunan produktivitas dan fungsi kesehatan. Tugas perkembangan pada tahapan ini yaitu :
- a. Menjaga suasana kekeluargaan yang menyenangkan
 - b. Beradaptasi dengan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan perubahan pendapatan
 - c. Menjaga hubungan intim antara suami istri dan saling menjaga
 - d. Menjaga hubungan dengan anak-anak dan kelompok sosial
 - e. Melakukan tinjauan hidup

D. 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. Berikut merupakan fungsi dari keluarga (Friedman, 2010) :

1. 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. Ini dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga (Achjar, 2010). Ada beberapa komponen yang perlu untuk dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi yang afektif, sebagai berikut:

- a. Saling peduli, cinta, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan cinta dan dukungan dari anggota lainnya.
- b. 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.
- c. 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.

2. Fungsi sosialisasi

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 (Ali, 2010).

3. 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.

4. 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.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga memegang peranan penting dalam pelaksanaan praktik kesehatan, yaitu dengan mengurus masalah kesehatan dan / atau anggota keluarga, pada saat sakit maka kemampuan keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan akan mempengaruhi kesehatan keluarga.

E. TUGAS KELUARGA DALAM PEMELIHARAAN KESEHATAN

Fungsi pelayanan kesehatan, keluarga mempunyai tanggung jawab yang harus dipahami dan dilaksanakan di departemen kesehatan. 5 tanggung jawab keluarga harus dipenuhi dalam bidang kesehatan. Berikut 5 tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan keluarga (Kaakinen, 2018) :

1. Setelah mengetahui masalah kesehatan masing-masing anggota, perubahan terkecil yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga.
2. Membuat keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat untuk keluarga. Tugas ini merupakan tugas utama keluarga, tujuannya untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, memberikan pertimbangan penuh kepada keluarga yang memiliki kemampuan untuk memutuskan tindakan keluarga, dan kemudian segera mengambil tindakan yang tepat untuk mengurangi atau bahkan mengurangi solusi masalah kesehatan.

3. Melakukan perawatan pada anggota keluarga dengan kemampuan yang dimiliki oleh keluarga. Apabila dalam pelaksanaannya keluarga tidak memiliki kemampuan lanjutkan untuk perawatan maka keluarga bertanggung jawab untuk memfasilitasi anggota keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan.
4. Mengubah lingkungan keluarga, seperti pentingnya kebersihan keluarga, upaya pencegahan penyakit keluarga, upaya lingkungan peduli keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam mengelola lingkungan internal dan eksternal keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, manfaat keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.

F. PERAN PERAWAT KELUARGA

Perawat memiliki banyak peran dalam membantu keluarga dalam menyelesaikan masalah atau melaksanakan perawatan kesehatan keluarga, antara lain (Kaakinen, 2018):

1. Pendidik
Peran utama perawat keluarga adalah mendistribusikan informasi tentang kesehatan kepada keluarga. Perawat memberikan informasi sesuai dengan kebutuhan keluarga terkait dengan informasi kesehatan.
2. Koordinator
Perawat kesehatan di rumah dapat bertindak sebagai koordinator untuk perawatan pasien. Perawat berkoordinasi untuk mengatur kegiatan atau rencana perawatan pada keluarga.

3. Pelaksana
Perawat harus memberikan perawatan langsung kepada pasien, baik di rumah, di klinik atau di rumah sakit. Bentuk tindakan perawatan menyesuaikan kebutuhan keluarga.
4. Pengawas Kesehatan
Perawat kesehatan wajib melakukan kunjungan rumah atau kunjungan rumah rutin untuk mengontrol pasien. Tindakan perawatan dimulai dari assesment sampai dengan evaluasi asuhan terhadap keluarga.
5. Konsultan
Sebagai konsultan, perawat harus bersedia menjadi narasumber untuk semua masalah keluarga pasien. Begitu juga jika anggota keluarga meminta nasehat dan pendapatnya.
6. Kolaborator
Selain berkoordinasi dan bekerja sama dengan keluarga pasien, perawat juga harus menjalin komunitas atau jaringan dengan perawat atau layanan rumah sakit lain. Hal tersebut diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan terhadap keluarga.
7. Fasilitator
Mewajibkan perawat untuk memahami sistem pelayanan medis, seperti rujukan, biaya pengobatan dan fasilitas medis lainnya.
8. Peneliti
Perawat harus mampu berperan sebagai pengenal kasus-kasus dalam keluarga. Karena setiap keluarga memiliki kepribadian yang berbeda, terkadang pengobatan dan dampak penyakit juga berbeda.
9. Modifikasi lingkungan
Selain memberikan edukasi informasi kesehatan kepada keluarga, perawat juga harus mampu merubah lingkungan. Jika beberapa bagian lingkungan menjadi penyebab penyakit, perawat dapat mengkomunikasikannya kepada keluarga dan komunitas sekitarnya.

G. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa setiap keluarga memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Jenis karakteristik ini meliputi tipe keluarga, tahapan perkembangan keluarga, fungsi masing-masing keluarga sesuai dengan tipe dan tahapan perkembangan. Pada setiap keluarga perawat memiliki peran yang berbeda pula yang didasarkan pada keluarga itu sendiri. Sebagai seorang perawat, tindakan yang dilakukan terhadap keluarga harus melihat permasalahan serta peran perawat seperti apa dan bagaimana yang tepat untuk mengatasi permasalahan yang terdapat pada keluarga.

H. TES FORMATIF

1. Saling peduli, cinta, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan cinta dan dukungan dari anggota lainnya, merupakan bagian dari fungsi keluarga ?
 - a. Fungsi reproduksi
 - b. Fungsi ekonomi
 - c. Fungsi sosial
 - d. Fungsi afektif
 - e. Fungsi kesehatan
2. Keluarga inti mengacu pada keluarga (biologis atau adopsi) yang terdiri dari suami, istri dan anak merupakan ciri-ciri dari tipe keluarga?
 - a. Traditional
 - b. Non traditional
 - c. *The stepparent family*
 - d. *The nonmarital heterosexual cohabiting family*
 - e. *Cohabiting family*

3. 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. Merupakan ciri-ciri keluarga ?
- a. Traditional
 - b. *Group marriage-family*
 - c. The stepparent family
 - d. The nonmarital heterosexual cohabiting family
 - e. Cohabiting family

I. LATIHAN

Berikan contoh dan jelaskan bagaimana peran perawat apabila didalam keluarga terdapat anggota yang kecanduan Napza!

KEGIATAN BELAJAR 3

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar asuhan keperawatan keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari asuhan keperawatan keluarga lebih lanjut.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi asuhan keperawatan keluarga.
2. Mampu menjelaskan fungsi asuhan keperawatan keluarga
3. Mampu menjelaskan ruang lingkup keperawatan keluarga.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan dalam praktik keperawatan yang menitikberatkan pada keluarga sebagai unit perawatan. Asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan yang holistik dan terapeutik dalam memberikan perawatan kesehatan kepada keluarga sebagai satu kesatuan, bukan hanya kepada individu dalam keluarga tersebut. Pendekatan ini melibatkan pemahaman yang mendalam tentang dinamika keluarga, struktur keluarga, serta faktor-faktor sosial, budaya, dan lingkungan yang memengaruhi kesehatan keluarga secara keseluruhan.

Asuhan keperawatan keluarga bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan, dengan fokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan, mengelola kondisi kronis, dan pemeliharaan kesehatan serta meningkatkan kualitas hidup keluarga secara menyeluruh. Hal ini melibatkan identifikasi masalah kesehatan keluarga, perencanaan intervensi yang sesuai, serta pelaksanaan dan evaluasi perawatan yang berkelanjutan.

Dalam asuhan keperawatan keluarga, perawat bekerja sama dengan keluarga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, merencanakan intervensi yang sesuai, melaksanakan perawatan, dan mengevaluasi hasilnya. Penting untuk mencatat bahwa asuhan keperawatan keluarga bukan hanya tentang memberikan perawatan medis, tetapi juga melibatkan pendekatan kolaboratif dengan anggota keluarga untuk memahami kebutuhan mereka secara menyeluruh, serta memberikan dukungan dan edukasi yang sesuai untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup keluarga.

Dalam asuhan keperawatan keluarga, pendekatan Teori Sistem Keluarga (*Family Systems Theory*) digunakan untuk memahami interaksi dan dinamika keluarga serta bagaimana hal tersebut

memengaruhi kesehatan keluarga. Teori ini menganggap keluarga sebagai sistem yang terdiri dari anggota yang saling terkait. Perubahan dalam satu anggota keluarga dapat memengaruhi seluruh sistem keluarga.

Asuhan keperawatan keluarga menggunakan Teori Keseimbangan dalam Keluarga (*Family Balance Theory*) ini untuk membantu keluarga dalam menemukan keseimbangan yang tepat antara kebutuhan individu dan kebutuhan keluarga secara keseluruhan. Teori ini mengemukakan bahwa kesehatan keluarga tergantung pada keseimbangan antara kebutuhan individual dan kebutuhan keluarga.

Dalam asuhan keperawatan keluarga, Model Pengembangan Keluarga (*Family Developmental Model*) ini digunakan untuk memahami dinamika keluarga sesuai dengan tahapan perkembangannya dan memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pada setiap tahapan tersebut. Model ini menggambarkan tahapan perkembangan yang dialami oleh keluarga seiring waktu, mulai dari pembentukan keluarga hingga tahap-tahap berikutnya seperti kelahiran anak, anak-anak meninggalkan rumah, dan lain-lain.

Asuhan keperawatan keluarga menggunakan Teori Ekologi Sosial (*Social Ecology Theory*) ini untuk mengeksplorasi faktor-faktor eksternal yang memengaruhi kesehatan keluarga, seperti faktor ekonomi, budaya, dan lingkungan tempat tinggal. Teori ini menekankan pentingnya memahami lingkungan sosial dan konteks sosial yang memengaruhi kesehatan keluarga.

Pendekatan Keperawatan Keluarga Berbasis Evidens (*Evidence-based Family Nursing*) yaitu pendekatan yang menggabungkan pengetahuan dan bukti ilmiah terkini dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Ini melibatkan penggunaan penelitian

terbaru untuk mendukung praktik perawatan yang efektif dan efisien bagi keluarga.

B. FUNGSI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Fungsi utama dari asuhan keperawatan keluarga adalah untuk mempromosikan kesehatan keluarga secara keseluruhan. Ini mencakup memberikan edukasi tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan praktik kesehatan yang baik kepada seluruh anggota keluarga.

Fungsi berikutnya yaitu sebagai pencegahan penyakit, dimana Asuhan keperawatan keluarga bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko penyakit dan menerapkan intervensi yang tepat untuk mencegah timbulnya penyakit. Ini meliputi pemeriksaan kesehatan rutin, vaksinasi, dan promosi perilaku kesehatan yang mengurangi risiko penyakit.

Fungsi sebagai manajemen penyakit yaitu untuk keluarga yang memiliki anggota dengan kondisi kronis atau penyakit jangka panjang, asuhan keperawatan keluarga membantu dalam manajemen kondisi tersebut. Ini melibatkan pemantauan kondisi kesehatan, pengelolaan obat-obatan, serta memberikan dukungan dan edukasi kepada anggota keluarga dalam menghadapi kondisi tersebut.

Asuhan keperawatan keluarga memiliki fungsi untuk memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada anggota keluarga yang mengalami stres, trauma, atau kesulitan psikologis lainnya. Perawat dapat membantu keluarga dalam mengatasi masalah-masalah ini melalui konseling, dukungan sosial, dan intervensi psikososial lainnya. Perawat dalam asuhan keperawatan keluarga bertindak sebagai koordinator perawatan bagi keluarga, terutama jika keluarga memiliki anggota yang membutuhkan perawatan dari

berbagai penyedia layanan kesehatan. Koordinasi ini meliputi pengaturan janji temu, komunikasi antarpenyedia layanan, serta memastikan bahwa perawatan yang diberikan konsisten dan terkoordinasi.

Bagi keluarga yang memiliki anggota yang sedang pulih dari penyakit atau cedera, asuhan keperawatan keluarga membantu dalam proses pemulihan dan rehabilitasi. Ini melibatkan pengembangan rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pemulihan anggota keluarga, serta memberikan dukungan dan bimbingan selama proses pemulihan tersebut.

C. RUANG LINGKUP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

1. Pengkajian Keluarga, melakukan pengumpulan data tentang anggota keluarga, sejarah kesehatan keluarga, pola komunikasi, dukungan sosial, kebiasaan hidup, dan faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan keluarga.
2. Diagnosa keperawatan keluarga, memberikan arahan bagi perawat dalam merencanakan intervensi yang tepat untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Ini juga membantu memfokuskan upaya perawatan pada masalah-masalah kesehatan yang paling penting dan mendesak bagi keluarga.
3. Perencanaan Asuhan Keluarga, membuat rencana perawatan yang mencakup strategi untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga, mengidentifikasi masalah kesehatan yang harus ditangani, serta menetapkan tujuan yang dapat dicapai bersama oleh keluarga dan tim perawatan.
4. Implementasi Asuhan Keluarga, melaksanakan rencana perawatan yang telah dibuat, termasuk memberikan edukasi kepada anggota keluarga, memberikan dukungan emosional,

serta memfasilitasi akses keluarga terhadap sumber daya Kesehatan.

5. Evaluasi asuhan keluarga, Menilai efektivitas rencana perawatan yang telah dilaksanakan, memantau perubahan dalam kesehatan dan kesejahteraan keluarga, serta menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan kebutuhan dan respons keluarga.

Melalui pendekatan ini, asuhan keperawatan keluarga bertujuan untuk mempromosikan kesehatan keluarga secara holistik, mencegah penyakit, mendukung keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup keluarga secara keseluruhan.

Perawat memiliki peran yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Peran ini meliputi beberapa aspek, termasuk:

1. Perawat memiliki tanggung jawab untuk melakukan pengkajian komprehensif terhadap keluarga, termasuk mengumpulkan data tentang struktur keluarga, pola komunikasi, dukungan sosial, sejarah kesehatan keluarga, kebiasaan hidup, serta faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan keluarga. Pengkajian ini membantu perawat untuk memahami kebutuhan dan masalah kesehatan keluarga.
2. Berdasarkan pengkajian keluarga, perawat berperan dalam merencanakan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga. Ini meliputi menetapkan tujuan bersama dengan keluarga, mengidentifikasi masalah kesehatan yang harus ditangani, serta merancang intervensi yang sesuai untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga.
3. Perawat bertanggung jawab untuk melaksanakan rencana perawatan yang telah dirancang, termasuk memberikan edukasi kepada anggota keluarga tentang upaya kesehatan yang diperlukan, memberikan dukungan emosional, serta

memfasilitasi akses keluarga terhadap sumber daya kesehatan yang diperlukan.

4. Perawat bekerja dalam kerangka kerja multidisiplin, dan memiliki peran dalam berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi, pekerja sosial, dan terapis fisik atau okupasi. Kolaborasi ini bertujuan untuk memberikan perawatan yang holistik dan terkoordinasi bagi keluarga.
5. Setelah implementasi asuhan keluarga, perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi efektivitas rencana perawatan yang telah dilaksanakan. Ini melibatkan memantau perubahan dalam kesehatan dan kesejahteraan keluarga, serta menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan kebutuhan dan respons keluarga.
6. Perawat memiliki peran dalam membantu keluarga untuk mengambil peran aktif dalam upaya perawatan kesehatan mereka sendiri. Ini meliputi memberikan dukungan dan bimbingan kepada keluarga dalam membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan dan mempromosikan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit atau rentan.

Peran keluarga dalam pemulihan anggota keluarga yang sakit sangat penting dan memiliki dampak yang signifikan terhadap proses penyembuhan dan kesejahteraan anggota keluarga yang sakit. Berikut adalah beberapa peran utama yang dimainkan oleh keluarga dalam pemulihan anggota keluarga yang sakit:

1. Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan dukungan emosional kepada anggota keluarga yang sakit. Dukungan ini dapat berupa kehadiran, mendengarkan, memahami, dan memberikan perhatian yang penuh kasih.
2. Keluarga dapat membantu memotivasi anggota keluarga yang sakit dengan memberikan dorongan, harapan, dan semangat

untuk melawan penyakit serta menjalani proses pemulihan dengan positif.

3. Keluarga berperan sebagai pendamping yang hadir selama proses perawatan, mendampingi anggota keluarga yang sakit ke dokter, rumah sakit, atau pusat perawatan lainnya, serta memberikan dukungan moral dan praktis.
4. Keluarga membantu dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan memberikan perawatan fisik, membantu dalam aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, dan berpakaian, serta memberikan obat-obatan sesuai dengan petunjuk medis.
5. Keluarga berperan dalam mengelola informasi kesehatan, termasuk pemahaman terhadap kondisi kesehatan anggota keluarga, pengelolaan jadwal perawatan, dan pemahaman terhadap instruksi medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
6. Keluarga menciptakan lingkungan yang mendukung untuk pemulihan anggota keluarga yang sakit, termasuk lingkungan rumah yang nyaman, tenang, dan bebas stres, serta memastikan kebutuhan dasar seperti makanan, minuman, dan istirahat terpenuhi.
7. Keluarga membantu dalam memfasilitasi akses anggota keluarga yang sakit terhadap sumber daya kesehatan yang diperlukan, termasuk layanan medis, terapi, dan dukungan psikososial.
8. Keluarga dapat menyediakan dukungan spiritual sesuai dengan kepercayaan dan keyakinan anggota keluarga yang sakit, seperti doa, ritual keagamaan, atau dukungan dari tokoh agama.

Peran keluarga dalam pemulihan anggota keluarga yang sakit tidak hanya membantu dalam proses penyembuhan fisik, tetapi juga memberikan dukungan emosional, sosial, dan spiritual yang sangat diperlukan untuk mencapai kesejahteraan yang optimal

Berikut adalah beberapa model yang umum digunakan dalam asuhan keperawatan keluarga, yang masing-masing menekankan aspek tertentu dari kesehatan keluarga dan cara pendekatan dalam memberikan perawatan:

1. *Model Calgary Family Assessment and Intervention Model (CFAM/CIFAM)*

Model ini menekankan pada pemahaman tentang struktur keluarga, pola komunikasi, fungsi keluarga, dan lingkungan fisik dan sosial keluarga. CFAM/CIFAM membantu perawat untuk melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap keluarga dan merencanakan intervensi yang sesuai berdasarkan pengkajian tersebut.

2. *Model Friedman Family Assessment Model (FFAM)*

Model ini fokus pada identifikasi kebutuhan kesehatan keluarga dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan keluarga. FFAM membantu perawat untuk memahami struktur dan dinamika keluarga, serta merencanakan intervensi yang berpusat pada kebutuhan keluarga

3. Model Genogram dan Ecomap

Genogram adalah representasi grafis dari struktur keluarga yang menunjukkan hubungan antar anggota keluarga dan sejarah kesehatan keluarga. Ecomap adalah representasi grafis dari lingkungan fisik dan sosial keluarga yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Model ini membantu perawat untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan keluarga dan merencanakan intervensi yang sesuai.

4. Model Keluarga Sebagai Sistem

Model ini menganggap keluarga sebagai sebuah sistem yang kompleks dengan interaksi antar anggota keluarga dan lingkungan. Model ini membantu perawat untuk memahami dinamika keluarga dan merancang intervensi yang berfokus pada perubahan sistemik.

Setiap model memiliki kelebihan dan kekurangan tertentu, dan pemilihan model yang tepat tergantung pada kebutuhan spesifik dari keluarga yang dirawat serta preferensi dan keahlian perawat yang memberikan asuhan.

D. PROSES ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Proses asuhan keperawatan keluarga melibatkan beberapa tahapan penting yang meliputi pengumpulan data keluarga, analisis data, perencanaan asuhan, implementasi asuhan, dan evaluasi asuhan. Berikut adalah penjelasan singkat mengenai masing-masing tahapan:

1. Pengumpulan Data keluarga

Tahap ini melibatkan pengumpulan informasi tentang keluarga secara komprehensif, termasuk struktur keluarga, sejarah kesehatan keluarga, pola komunikasi, kebiasaan hidup, dukungan sosial, dan faktor lingkungan. Data ini diperoleh melalui wawancara dengan anggota keluarga, pengamatan langsung, dan penggunaan instrumen seperti genogram dan ecomap.

2. Analisis Data keluarga

Setelah data keluarga terkumpul, perawat melakukan analisis untuk memahami kondisi keluarga secara holistik. Ini melibatkan identifikasi masalah kesehatan, kekuatan keluarga, serta faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Analisis data membantu perawat untuk merencanakan intervensi yang tepat sesuai dengan kebutuhan keluarga.

3. Pemilihan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisis data, perawat memilih diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi keluarga. Diagnosa ini dapat berupa pernyataan tentang masalah kesehatan yang spesifik, kebutuhan kesehatan yang tidak terpenuhi, atau

respon keluarga terhadap situasi kesehatan tertentu. Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan dalam bentuk pernyataan yang jelas, spesifik, dan terukur. Diagnosa ini mencerminkan masalah kesehatan keluarga yang teridentifikasi dan memberikan dasar untuk merencanakan intervensi yang tepat.

4. Perencanaan Asuhan keluarga

Berdasarkan hasil analisis data, perawat bersama keluarga merumuskan rencana perawatan yang mencakup tujuan yang ingin dicapai dan langkah-langkah konkret untuk mencapainya. Perencanaan asuhan keluarga mencakup pembagian peran antara anggota keluarga dan tim perawatan, serta penentuan sumber daya yang diperlukan.

5. Evaluasi Asuhan keluarga

Setelah implementasi asuhan, perawat mengevaluasi efektivitas rencana perawatan yang telah dilaksanakan. Ini melibatkan memantau perubahan dalam kesehatan dan kesejahteraan keluarga, serta menilai apakah tujuan yang telah ditetapkan telah tercapai. Evaluasi ini membantu perawat untuk menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan kebutuhan dan respons keluarga, serta memastikan kesinambungan dan efektivitas asuhan keperawatan keluarga.

E. ASPEK ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Aspek-aspek kesehatan keluarga mencakup beragam dimensi yang memengaruhi kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Berikut adalah penjelasan singkat tentang masing-masing aspek:

1. Kesehatan Fisik Keluarga

Kesehatan fisik keluarga mencakup kondisi fisik anggota keluarga, termasuk aspek-aspek seperti status gizi, kebugaran fisik, adopsi gaya hidup sehat, dan upaya pencegahan penyakit. Perawatan kesehatan fisik keluarga melibatkan pemantauan kesehatan, pencegahan penyakit, manajemen

penyakit kronis, dan promosi gaya hidup sehat seperti olahraga teratur dan pola makan seimbang.

2. Kesehatan Mental Keluarga

Kesehatan fisik keluarga mencakup kondisi fisik anggota keluarga, termasuk aspek-aspek seperti status gizi, kebugaran fisik, adopsi gaya hidup sehat, dan upaya pencegahan penyakit. Perawatan kesehatan fisik keluarga melibatkan pemantauan kesehatan, pencegahan penyakit, manajemen penyakit kronis, dan promosi gaya hidup sehat seperti olahraga teratur dan pola makan seimbang.

3. Kesehatan Sosial Keluarga

Kesehatan sosial keluarga mencakup hubungan dan interaksi keluarga dengan lingkungan sosialnya, termasuk keluarga luas, tetangga, teman, dan masyarakat sekitarnya. Perawatan kesehatan sosial keluarga melibatkan membangun dan memelihara hubungan yang sehat, mendukung sistem dukungan sosial, dan memfasilitasi partisipasi keluarga dalam aktivitas sosial dan komunitas

4. Kesehatan Spiritual Keluarga

Kesehatan spiritual keluarga mencakup dimensi spiritualitas, keyakinan, dan nilai-nilai yang mempengaruhi kesejahteraan spiritual dan moral keluarga. Perawatan kesehatan spiritual keluarga melibatkan mendukung kebutuhan spiritual anggota keluarga, memfasilitasi praktik-praktik keagamaan atau spiritual, dan mempromosikan kesejahteraan moral dan nilai-nilai yang positif dalam keluarga.

Penting untuk memperhatikan dan memperhatikan semua aspek kesehatan keluarga secara holistik, karena kesehatan keluarga tidak hanya tergantung pada kondisi fisik, tetapi juga pada kesejahteraan mental, sosial, dan spiritual anggota keluarga. Berikut adalah beberapa kasus nyata tentang penerapan asuhan keperawatan keluarga:

1. Kasus 1: Manajemen Diabetes Tipe 2: Seorang perawat bekerja dengan sebuah keluarga di mana beberapa anggota keluarga menderita diabetes tipe 2. Perawat melakukan pengkajian keluarga untuk memahami pola makan, kebiasaan olahraga, pemahaman tentang diabetes, serta dukungan yang tersedia. Berdasarkan pengkajian, perawat merencanakan asuhan keluarga yang mencakup pengelolaan diet sehat, program olahraga yang sesuai, pengaturan obat-obatan, dan edukasi tentang pentingnya pemantauan gula darah. Perawat juga melibatkan seluruh keluarga dalam perencanaan asuhan untuk memastikan dukungan dan kolaborasi yang optimal.
2. Kasus 2: Dukungan untuk Keluarga yang merawat pasien dengan Alzheimer. Seorang perawat berkolaborasi dengan sebuah keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengidap Alzheimer. Perawat membantu keluarga dalam memahami kondisi pasien, mengelola gejala, dan merencanakan perawatan jangka panjang. Perawat memberikan edukasi tentang strategi komunikasi yang efektif, merencanakan jadwal perawatan yang sesuai, dan memberikan dukungan emosional kepada keluarga. Perawat juga membantu keluarga dalam mengakses sumber daya komunitas seperti kelompok dukungan untuk caregiver.
3. Kasus 3: Perawat Paliatif bagi pasien Kanker dalam konteks Keluarga: Seorang perawat bekerja dengan sebuah keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita kanker stadium lanjut. Perawat berperan dalam memberikan perawatan paliatif yang mencakup pengelolaan nyeri, perawatan luka, dan dukungan emosional bagi pasien dan keluarga. Perawat juga membantu keluarga dalam membuat keputusan perawatan yang sulit, memberikan edukasi tentang perawatan di rumah, dan memfasilitasi perencanaan akhir hidup sesuai dengan preferensi pasien dan keluarga.

4. Kasus 4: Pemulihan Setelah Trauma Keluarga: Seorang perawat mendukung sebuah keluarga yang mengalami trauma akibat kecelakaan mobil yang melibatkan beberapa anggota keluarga. Perawat membantu keluarga dalam mengatasi stres pasca trauma, memfasilitasi komunikasi yang terbuka dan mendukung antaranggota keluarga, serta memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada keluarga. Perawat juga mengkoordinasikan layanan konseling dan dukungan yang diperlukan untuk membantu keluarga dalam proses pemulihan.

Dalam setiap kasus tersebut, perawat menggunakan pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang holistik untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi kepada keluarga, dengan fokus pada kesejahteraan keluarga secara keseluruhan

F. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian di atas di mulai dari definisi asuhan keperawatan keluarga, peran dan fungsi perawat keluarga, aspek-aspek dalam asuhan keperawatan keluarga. Asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan perawatan kesehatan yang memperhatikan keluarga sebagai sebuah sistem yang kompleks, bukan hanya individu yang sakit atau rentan. Ini melibatkan pemahaman terhadap interaksi antaranggota keluarga, dinamika keluarga, dan lingkungan fisik serta sosial yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Fungsi asuhan keperawatan keluarga adalah untuk mempromosikan kesehatan, pencegahan penyakit, manajemen penyakit, memberikan dukungan emosional dan psikososial, membantu dalam proses pemulihan dan rehabilitasi. Peran perawat dan peran keluarga dalam pemulihan anggota keluarga yang sakit sangat penting dan memiliki dampak yang signifikan terhadap proses

penyembuhan dan kesejahteraan anggota keluarga yang sakit. Ruang lingkup asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses asuhan keperawatan keluarga melibatkan beberapa tahapan penting yang meliputi pengumpulan data keluarga, analisis data, diagnosa keperawatan, perencanaan asuhan, implementasi asuhan, dan evaluasi asuhan. Aspek-aspek kesehatan keluarga mencakup beragam dimensi yang memengaruhi kesejahteraan keluarga secara keseluruhan yaitu Kesehatan fisik, mental, sosial dan kesehatan spiritual keluarga.

G. TES FORMATIF

1. Salah satu peran utama perawat dalam asuhan keperawatan keluarga adalah:
 - a. Memberikan perawatan langsung hanya kepada individu sakit dalam keluarga.
 - b. Memberikan pendidikan kesehatan hanya kepada anggota keluarga yang membutuhkan.
 - c. Mengidentifikasi kebutuhan kesehatan keluarga dan menyusun rencana perawatan.
 - d. Mengabaikan peran anggota keluarga dalam merawat diri mereka sendiri.

2. Intervensi yang tepat untuk keluarga dengan anggota yang baru saja didiagnosis menderita penyakit kronis adalah:
 - a. Memberikan perawatan medis intensif kepada individu yang sakit.
 - b. Mendorong keluarga untuk mengisolasi individu yang sakit.
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan kepada individu yang sakit saja.
 - d. Mendukung keluarga dalam mengembangkan strategi untuk mengelola penyakit kronis secara holistik.

H. LATIHAN

Baca studi kasus berikut dan jawablah pertanyaan yang terkait

Studi Kasus: Keluarga Budi terdiri dari Bapak Budi (45 tahun), Ibu Budi (42 tahun), dan dua anak mereka, Ani (16 tahun) dan Adi (10 tahun). Bapak Budi bekerja sebagai pegawai kantor, sementara Ibu Budi adalah ibu rumah tangga. Ani aktif di sekolah dan mengalami tekanan belajar yang tinggi, sementara Adi adalah seorang anak yang ceria. Bapak Budi baru saja didiagnosis menderita diabetes tipe 2.

Pertanyaan:

1. Apa saja langkah-langkah yang akan Anda ambil dalam proses asesmen keluarga Budi?
2. Berikan tiga diagnosa keperawatan yang mungkin untuk keluarga Budi
3. Rencanakan intervensi yang sesuai untuk membantu keluarga Budi dalam menghadapi diagnosis diabetes Bapak Budi

KEGIATAN BELAJAR 4

MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

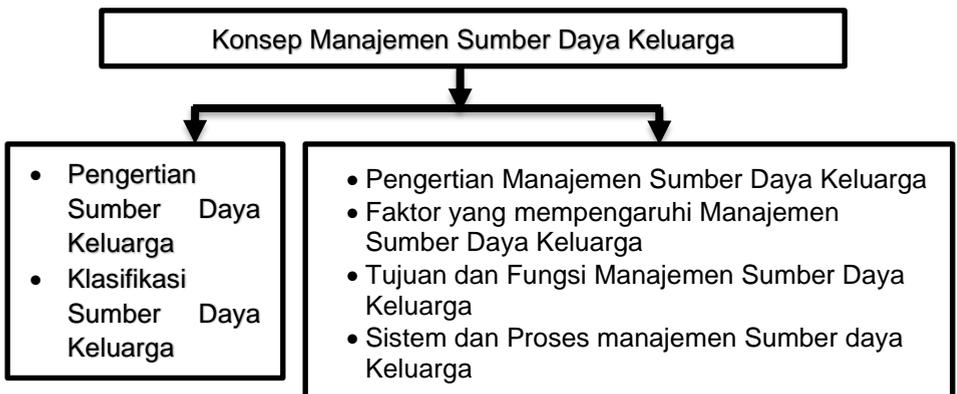
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar manajemen sumber daya keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari keperawatan keluarga lebih lanjut.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan pengertian sumber daya keluarga.
2. Mampu menjelaskan klasifikasi sumber daya keluarga
3. Mampu menguraikan pengertian manajemen sumber daya keluarga
4. Mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi manajemen sumber daya keluarga
5. Mampu menjelaskan tujuan dan fungsi manajemen sumber daya keluarga.
6. Mampu menjelaskan sistem dan proses manajemen sumber daya keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN SUMBER DAYA KELUARGA

Sumber daya keluarga adalah penggunaan sumber daya (alat ataupun bahan yang memiliki potensi) sebagai usaha dan proses dalam mencapai tujuan yang dianggap penting dalam suatu keluarga dan sebagai modal yang harus dikelola dengan baik oleh seluruh anggota keluarga dalam mengembangkan kerjasama dan saling membangun untuk mencapai kesejahteraan keluarga. Sumber daya keluarga memiliki 3 asumsi dasar yaitu: a) Sumber daya keluarga tidak hanya terdapat di dalam keluarga sendiri tetapi juga terdapat di berbagai lingkungan sekitar keluarga. b) Kondisi dari sumber daya merupakan elemen dari sistem yang dapat mendorong atau menghambat pencapaian tujuan keluarga. c) Perubahan salah satu sumber daya akan berpengaruh pada sumber daya lainnya dalam sistem keluarga.

B. KLASIFIKASI SUMBER DAYA KELUARGA

Berikut ini merupakan beberapa jenis dari sumber daya keluarga menurut para ahli yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Sumber daya manusia

Memiliki 2 (dua) ciri yaitu personal dan interpersonal. Ciri personal meliputi kognitif, afektif dan psikomotor. Pengetahuan atau kognitif meliputi tahapan mengetahui, memahami, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi. Perasaan atau afektif meliputi menumbuhkan rasa percaya, meningkatkan kerjasama. Keterampilan atau psikomotor meliputi status kesehatan, bakat, minat, tingkat intelegensia. Tiga aspek tersebut merupakan modal dasar manusia, sedangkan ciri interpersonal meliputi kejasama dan gotongroyong, HAM, keterbukaan antar personal. Sumber daya manusia terdiri dari kapasitas dan karakteristik individu, jumlah keluarga, umur, jenis kelamin, hubungan antara anggota keluarga,

pengetahuan, waktu, energi, kemampuan dan ketrampilan, minat serta sikap. Sumber daya manusia dalam keluarga ditinjau dari segi fisik, mental, dan pendidikan anggota keluarga. Jumlah anggota keluarga mempengaruhi pengelolaan sumber daya manusia.

2. Sumber daya Non Manusia / Materi

Sumber daya non manusia atau sumber daya materi merupakan segala sesuatu yang dimiliki keluarga atau dalam penguasaan keluarga dan hak guna juga hak pakai dalam kuasa keluarga. Materi merupakan benda-benda yang mempunyai kegunaan pada individu dan keluarga dalam mencapai tujuan keluarga baik tujuan jangka pendek maupun jangka panjang. Sumber daya materi berupa uang, benda atau barang serta aset keluarga (barang tahan lama, barang habis pakai) dan jasa seperti pendapatan, rumah, sawah, hewan, barang bergerak, fasilitas komunitas, tabungan atau harta kekayaan lainnya.

3. Sumber daya Waktu

Sumber daya waktu bersifat unik dan sangat terbatas karena waktu tidak dapat diciptakan, tidak dapat diulang kembali, tidak dapat ditambah atau dikurangi, tidak dapat diakumulasi atau disimpan, setiap manusia memiliki sumber daya waktu yang sama yaitu 24 jam.

4. Sumber daya berdasarkan nilai ekonomis

Terdiri dari 2 yaitu Sumber daya ekonomi dan non ekonomis. Sumber daya ekonomis yaitu yang dapat ditukarkan dan diukur bukan hanya untuk tujuan konsumsi tetapi untuk proses produksi dan distribusi seperti lahan, tenaga kerja, modal, keterampilan dan segala sesuatu yang bermanfaat di dalam dan diluar keluarga, sedangkan sumber daya non ekonomi Jumlahnya relatif terbatas, tidak dapat dipertahankan dan sulit diukur.

5. Sumber daya berdasarkan asal dan letaknya
Terdiri dari 2 yaitu mikro dan makro. Sumber daya mikro (internal) berbentuk fisik dan nonfisik seperti tingkat pendidikan/pengetahuan, keterampilan, tingkat pendapatan, status gizi dan kesehatan, ketersediaan waktu luang, tata nilai/agama, serta hubungan dengan keluarga lain. Sumber daya makro (eksternal) berupa sumber daya pada lingkungan sanitasi, potensi SDA, kesempatan usaha, tata nilai masyarakat, fasilitas pendidikan, ekonomi dan fasilitas lain.

Jenis sumber daya merupakan satu kesatuan sumber daya total yang dimiliki oleh keluarga dan merupakan alat mencapai tujuan keluarga yang diinginkan. Setiap jenis sumber daya saling berkaitan erat antara satu dengan yang lainnya, secara keseluruhan digunakan dalam perencanaan keluarga dan diterapkan dalam pelaksanaan untuk mencapai suatu tujuan.

C. PENGERTIAN MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA

Manajemen sumber daya keluarga adalah serangkaian proses atau usaha serta kemampuan keluarga dalam perencanaan, pelaksanaan, pengambilan keputusan menggunakan sumber daya keluarga untuk mencapai hasil dan keinginan atau tujuan yang dianggap penting keluarga yang sudah ditetapkan sebelumnya. Manajemen sumber daya keluarga merupakan bagian dari pengetahuan pendidikan kesejahteraan keluarga terkait dengan pengelolaan rumah tangga atau tatalaksana rumah tangga. Fungsi manajemen sumber daya keluarga diperlukan dan merupakan komponen penting dalam pelaksanaan manajemen sumber daya keluarga. Manajemen sumber daya keluarga mencakup semua bentuk perilaku untuk tercapainya tujuan. Manajemen akan mempengaruhi dan dipengaruhi lingkungan sehingga akan saling ketergantungan dan memiliki hubungan.

D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA

Terdapat 4 (empat) faktor yang mempengaruhi manajemen sumber daya keluarga yaitu:

1. Kompleksitas kehidupan keluarga.
Kompleksitas kehidupan keluarga akan berpengaruh pada pola dan gaya manajemen keluarga dalam mengelola sumber daya keluarga. Semakin kompleks kehidupan suatu keluarga maka keluarga perlu memiliki kemampuan yang lebih baik dalam mengelola sumber daya yang dimiliki yang akan berbeda dari keluarga yang memiliki masalah tidak terlalu kompleks. Kompleksitas merupakan rangkaian terjadinya berbagai masalah misalnya mencari pekerjaan, mencari perguruan tinggi yang berkualitas, cara mendidik anak, perubahan lingkungan yang berhubungan dengan pencemaran.
2. Stabilitas/ketidakstabilan keluarga.
Keluarga yang stabil cenderung dapat melakukan manajemen sumber daya keluarga dengan lebih baik karena semua anggota keluarga dapat difokuskan untuk melakukan kegiatan mencapai tujuan. Ketidakstabilan keluarga berpengaruh pada kemampuan keluarga dalam melakukan manajemen sumber daya. Keluarga yang lebih stabil dalam berbagai aspek baik itu fisik, psikologis/mental dan finansial cenderung lebih baik dalam mengelola sumber daya dalam keluarga. Ketidakstabilan dalam keluarga karena adanya perubahan dalam lingkungan keluarga seperti perubahan susunan keluarga, anggota keluarga, peranan anggota keluarga, tata nilai, tuntutan dalam keluarga, interaksi dalam keluarga. Perubahan bisa disebabkan karena perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pembangunan sosial ekonomi, perubahan sistem masyarakat ataupun perubahan sistem sosial.

3. Peran dan Perubahan Keluarga.

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. Perubahan dalam keluarga akan menuntut adanya perubahan peran dalam keluarga. Peran dan perubahan dalam keluarga akan berpengaruh pada kemampuan keluarga dalam mengelola sumber daya. Perubahan tersebut meliputi perubahan kebutuhan, tuntutan dalam keluarga dan mobilitas keluarga.

4. Teknologi

Perkembangan teknologi menuntut individu untuk berkembang termasuk juga keluarga. Suatu keluarga yang memiliki kemampuan dalam mengikuti perkembangan teknologi memiliki kemampuan yang lebih dalam melakukan manajemen sumber daya keluarga daripada keluarga yang tidak dapat mengikuti perkembangan teknologi. Perkembangan teknologi canggih dapat membantu keluarga melakukan manajemen sumber dayanya dengan lebih terarah dan lebih fokus.

E. TUJUAN DAN FUNGSI MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA

Tujuan umum manajemen sumber daya keluarga yaitu untuk mencapai keluarga sejahtera. Pencapaian keluarga sejahtera tersebut dilakukan dengan mengelola, mengatur kehidupan keluarga agar terpenuhinya kebutuhan setiap anggota keluarga secara seimbang, yang terdiri dari fisik, mental, psikologis, sosial, materiil maupun non materiil. Tujuan yang lainnya meliputi:

1. Membuat rumah tangga keluarga menjadi lebih produktif dan kreatif.
2. Membuat setiap anggota keluarga dapat memaksimalkan potensi yang dimiliki.

3. Mengenali kemampuan dan kematangan setiap anggota keluarga.
4. Keluarga dapat menggunakan sumber daya yang tersedia secara efisien untuk mencapai tujuan.
5. Dapat membuat pekerjaan rumah tangga menjadi lebih efisien dan efektif sehingga hidup lebih sehat.
6. Meningkatkan kualitas hidup keluarga.
7. Adanya kerja sama dalam keluarga dan terbinanya hubungan baik antara anggota keluarga.

Fungsi manajemen sumber daya keluarga adalah mengatur sumber- sumber keluarga dan pekerjaan rumah tangga, sehingga hidup lebih teratur, aman, tertib dan tentram. Untuk dapat tetap melaksanakannya maka setiap anggota keluarga melaksanakan fungsi dan kewajibannya dengan penuh tanggungjawab.

F. SISTEM DAN PROSES MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA

Sistem manajemen sumber daya keluarga terdiri dari 2 yaitu :

1. Sistem personal.
Berperan dalam menerima masukan dari kekuatan eksternal dan mengklarifikasi nilai, menumbuhkan kapasitas individual dari seluruh anggota keluarga. Input keluarga seperti nilai (value) budaya keluarga dan individu. Nilai merupakan kualitas dari subyek yang menyebabkan subyek tersebut diinginkan, dianggap penting. Peranan keluarga dalam pengembangan kemampuan dan kapasitas setiap anggota keluarga. Peran ini berhubungan dengan cara keluarga dalam menerima masukan dari lingkungan sosial dengan mengkritisi nilai nilai serta norma yang dianut oleh keluarga.

2. Sistem manajerial

Proses keluarga dalam mengelola sumber daya keluarga. proses yang dimaksud terdiri dari input, proses, output dan umpan balik.

Proses manajemen sumberdaya keluarga terdiri dari input (masukan), proses, output (keluaran), dan umpan balik akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Input (masukan)

Input merupakan segala sesuatu yang dimiliki atau dialami oleh keluarga yang nantinya akan ikut dalam sistem manajemen keluarga untuk diproses. Input dalam sumber daya keluarga meliputi benda, energi, dan atau informasi yang memasuki sistem dalam berbagai bentuk untuk mempengaruhi proses dalam mencapai hasil atau output. Input untuk keluarga adalah tuntutan dan sumber-sumber. Tuntutan adalah suatu kondisi atau kejadian dalam keluarga yang tidak terantisipasi sehingga menuntut keluarga untuk melakukan suatu tindakan. Tuntutan juga bisa berupa tujuan yang telah ditetapkan oleh keluarga dan menuntut keluarga untuk melakukan tindakan sebagai upaya pencapaian tujuan tersebut. Sumber-sumber adalah segala sesuatu, alat atau kemampuan yang dimiliki untuk memenuhi dan mengatasi tuntutan yang terdapat pada keluarga karena adanya tujuan dan kejadian.

2. Proses

Proses adalah transformasi benda, energi dan atau informasi oleh suatu sistem dari input sampai output. Proses menitik beratkan pada cara keluarga mengelola sumber daya yang dimiliki dan bagaimana keluarga mengatasi tuntutan keadaan yang membutuhkan tindakan sehingga dapat mencapai tujuan.

3. Output

Output dari sistem manajerial merupakan respon atau luaran yang terjadi setelah proses keluarga dalam mengelola sumber daya dalam keluarga terhadap tuntutan dan perubahan

sumber-sumber. Output meliputi benda, energi dan atau informasi yang dihasilkan oleh suatu sistem dalam respon terhadap input dari proses transformasi. Output dalam manajemen sumber daya tidak selalu berupa hal positif. Hal ini tergantung pada proses keluarga dalam mengelola input dalam manajemen sumber daya keluarga.

4. Umpan Balik

Umpan balik adalah output yang masuk kembali ke dalam sistem manajemen sumber daya keluarga sebagai input dan selanjutnya akan dianalisa serta dievaluasi oleh keluarga untuk meningkatkan input.

Proses manajemen sumber daya keluarga meliputi:

1. Perencanaan (*planning*)

Diperlukan perencanaan rasional dan bersifat komprehensif (menyeluruh). Perencanaan pemenuhan kebutuhan keluarga memiliki tujuan realistis sehingga diperlukan rencana jangka pendek dan rencana jangka panjang tergantung target dan tujuan yang ditetapkan oleh keluarga.

Perencanaan adalah rangkaian keputusan tentang tindakan yang akan dilakukan terdiri dari:

- a. Menentukan standart (*standart setting*) yang dilakukan yaitu mengukur sumberdaya baik kualitas maupun kuantitas; mengukur kualitas dan kuantitas dari output; menjelaskan tujuan atau keinginan yang spesifik; mengelola sumberdaya dan kaitannya sesuai dengan tuntutan; adanya hubungan realistik mencapai tujuan semaksimal mungkin melalui tujuan yang diperjelas dan penilaian sumberdaya.
- b. Menyusun, mengurutkan tindakan (*action sequencing*) yaitu pemilihan tindakan dilakukan sesuai dengan waktu dan sumber daya yang tersedia.

Perencanaan adalah fungsi keluarga yang pertama dan paling penting dalam manajemen dan mencakup:

- a. Mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, pendidikan, perumahan yang baik, kesehatan dan transportasi.
- b. Menetapkan prioritas kebutuhan atau urutan kepentingan kebutuhan keluarga.
- c. Mengidentifikasi sumber daya yang tersedia untuk keluarga
- d. Memutuskan bagaimana dan kapan sumber daya akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

2. Pengorganisasian (*organization*)

Pengorganisasian yaitu kegiatan menentukan bagaimana aktivitas dan sumber daya dikelompokkan berdasarkan tujuan dan rencana yang telah ditetapkan. Perbedaan tujuan dan rencana akan membutuhkan organisasi yang berbeda. Pengorganisasian dilakukan dengan tujuan membagi suatu kegiatan besar menjadi kegiatan-kegiatan sederhana. Pengorganisasian memudahkan keluarga untuk melakukan pengawasan dan menentukan tugas yang harus dikerjakan, penanggungjawab atas tugas tersebut, bagaimana tugas tersebut diselesaikan, dan lama waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan.

3. Pelaksanaan (*implementasion*)

Pelaksanaan dari rencana yang telah disusun terdiri dari tindakan, pengawasan dan kondisi pendukung. Tindakan yaitu melaksanakan tindakan sesuai perencanaan dan dapat dilakukan setiap anggota keluarga secara bersama sama. Pengawasan atau pengendalian yaitu dilakukan untuk mengetahui sejauhmana kegiatan sudah dilaksanakan dan memeriksa tindakan yang sudah dilakukan sesuai rencana atau tidak dan jika perlu dilakukan penyesuaian. Kondisi pendorong atau pendukung yaitu situasi atau kondisi yang dapat

melancarkan pelaksanaan pekerjaan atau kegiatan. Aspek peningkatan stabilitas keluarga melibatkan proses implementasi atau proses pelaksanaan rencana dan memastikan perencanaan berjalan sesuai dengan yang diinginkan. Implementasi harus dipantau. Penyesuaian yang diperlukan dapat dilakukan terhadap rencana yang ada. Pelaksanaan penilaian kinerja yang tepat dan tindakan korektif untuk mencapai tujuan keluarga sesuai dengan perencanaan.

4. Evaluasi (*evaluation*)

Mencakup evaluasi semua proses manajemen sumber daya keluarga. Tahap ini mengkaji efektifitas sumber daya keluarga digunakan untuk mencapai tujuan keluarga. Selain itu mengevaluasi masalah yang ditemukan, kesalahan yang ada, mempelajari dan memperbaiki untuk perencanaan di masa depan. Berdasarkan evaluasi perencanaan lebih lanjut, organisasi dan pelaksanaan kegiatan keluarga di masa depan dapat dipengaruhi dan lebih berhasil dalam menghasilkan keluarga yang sukses dan stabil.

G. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa sumber daya keluarga merupakan potensi yang dimiliki setiap anggota keluarga untuk mencapai tujuan bersama dalam keluarga. sumber daya yang dimiliki dapat berupa sumber daya manusia, sumber daya non manusia/ materi, sumber daya waktu, sumber daya ekonomi dan sumber daya asal atau letak. Sumber daya tersebut memiliki keterkaitan dan hubungan satu dengan yang lainnya. Manajemen sumber daya keluarga merupakan penggunaan sumber daya keluarga dalam proses mencapai tujuan keluarga. Faktor yang mempengaruhi manajemen keluarga yaitu kehidupan yang semakin kompleks, stabilitas atau ketidakstabilan keluarga, peran dan

perubahan keluarga serta teknologi. Sistem manajemen sumber daya keluarga meliputi sistem personal dan sistem manajerial. Proses manajemen sumber daya keluarga meliputi input, proses, output dan umpan balik. Selain itu proses yang terjadi meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi.

H. TES FORMATIF

1. Ciri interpersonal dari sumber daya manusia yaitu....
 - a. Kognitif
 - b. Afektif
 - c. Psikomotor
 - d. Keterbukaan antar personal
 - e. Tingkat intelegensia

2. Tahapan proses manajemen sumber daya keluarga yang melakukan pengelompokan berdasarkan tujuan dan rencana yang sudah ditetapkan adalah

 - a. Perencanaan
 - b. Pengorganisasian
 - c. Pelaksanaan
 - d. Evaluasi
 - e. Output

I. LATIHAN

Lakukan tahapan proses manajemen sumber daya manusia pada salah satu keluarga yang memiliki masalah kesehatan dengan penyakit kronis. Kepala keluarga memiliki penyakit kronis dan kepala keluarga tersebut merupakan sumber utama dalam pencari nafkah di keluarga, memiliki istri sebagai ibu rumah tangga, memiliki anak yang bekerja dan anak yang masih sekolah.

KEGIATAN BELAJAR 5

EVIDENCE BASED PRACTICE

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

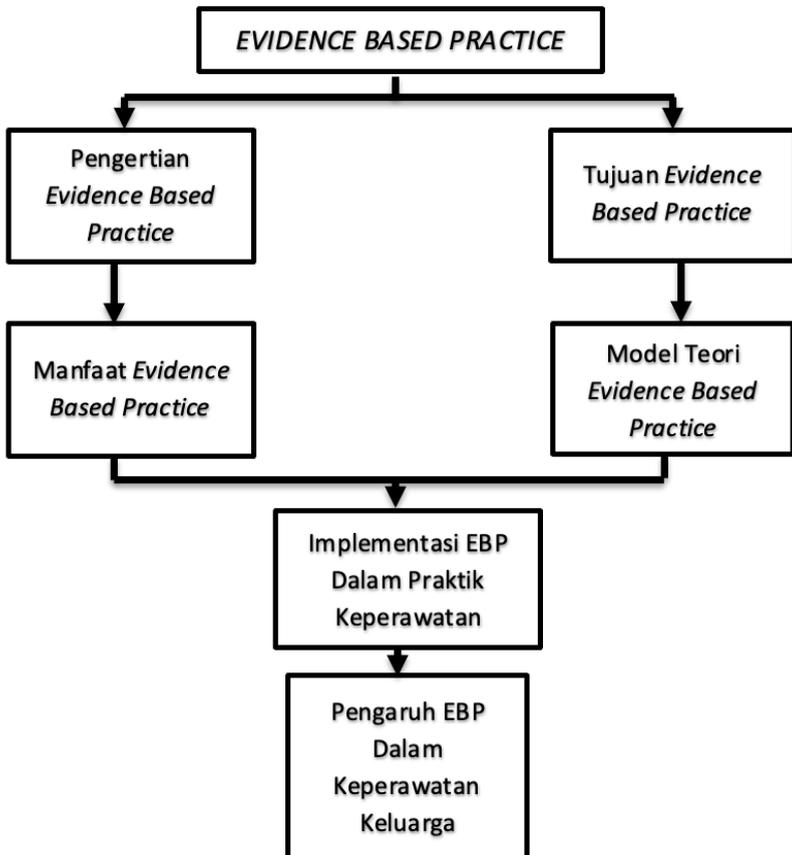
Pada Bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar teoritis *Evidence Based Practice*. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari *Evidence Based Practice* dalam keperawatan keluarga.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan konsep *evidence based practice*
2. Mampu menjelaskan tujuan *evidence based practice*
3. Mampu menjelaskan manfaat *evidence based practice*
4. Mampu menguraikan model *evidence based practice*
5. Mampu menjelaskan implementasi *evidence based practice* dalam praktik keperawatan
6. Mampu menjelaskan pengaruh *evidence based practice* dalam keperawatan keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN EVIDENCE BASED PRACTICE

Evidence based practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu uptodate atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien. *Evidence based practice* merupakan strategi untuk memperoleh pengetahuan

dan *skill* untuk bisa meningkatkan tingkah laku yang positif sehingga bisa menerapkan EBP dalam praktik. Dapat dipahami bahwa *evidence based practice* merupakan suatu strategi untuk mendapatkan *knowledge* atau pengetahuan terbaru berdasarkan *evidence* atau bukti yang jelas dan relevan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan meningkatkan *skill* dalam praktik klinis guna meningkatkan kualitas kesehatan pasien.

B. TUJUAN EVIDENCE BASED PRACTICE

Tujuan utama diimplementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan memaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih cepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan. Dalam rutinitas sehari-hari para tenaga kesehatan profesional tidak hanya perawat namun juga ahli farmasi, dokter, dan tenaga kesehatan profesional lainnya sering kali mencari jawaban dari pertanyaan-pertanyaan yang muncul ketika memilih atau membandingkan *treatment* terbaik yang akan diberikan kepada klien, misalnya saja pada pasien post operasi bedah akan muncul pertanyaan apakah teknik pernapasan relaksasi itu lebih baik untuk menurunkan kecemasan dibandingkan dengan *cognitive behaviour therapy*, apakah teknik relaksasi lebih efektif jika dibandingkan dengan teknik distraksi untuk mengurangi nyeri pasien ibu partum kala I.

Pendekatan yang dilakukan berdasarkan pada *evidence based* bertujuan untuk menemukan bukti-bukti terbaik sebagai jawaban dari pertanyaan-pertanyaan klinis yang muncul dan kemudian mengaplikasikan bukti tersebut ke dalam praktek keperawatan guna meningkatkan kualitas perawatan pasien tanpa menggunakan bukti-bukti terbaik, praktek keperawatan akan

sangat tertinggal dan seringkali berdampak kerugian untuk pasien. Contohnya saja *education* kepada ibu untuk menempatkan bayinya pada saat tidur dengan posisi pronasi dengan asumsi posisi tersebut merupakan posisi terbaik untuk mencegah aspirasi pada bayi ketika tidur. Namun berdasarkan *evidence based* menyatakan bahwa posisi pronasi pada bayi akan dapat mengakibatkan resiko kematian bayi secara tiba-tiba SIDS. Oleh karena itu, pengintegrasian *evidence based practice* kedalam kurikulum pendidikan keperawatan sangatlah penting. Tujuan Utama mengajarkan EBP dalam pendidikan keperawatan pada level *undergraduate student* adalah menyiapkan perawat profesional yang mempunyai kemampuan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas berdasarkan *evidence based*. Menurut Grinspun, Vinari dan Bajnok dalam Hapsari menyatakan tujuan EBP memberikan data pada perawat praktisi berdasarkan bukti ilmiah agar dapat memberikan perawatan secara efektif dengan menggunakan hasil penelitian yang terbaik, menyelesaikan masalah yang ada di tempat pemberian pelayanan terhadap pasien, mencapai kesempurnaan dalam pemberian asuhan keperawatan dan jaminan standar kualitas dan memicu inovasi.

C. MANFAAT EVIDENCE BASED PRACTICE

EBP diyakini bermanfaat bagi perubahan kondisi pasien, penurunan jumlah hari rawat dan biaya perawatan. Banyaknya manfaat EBP menunjukkan pentingnya menerapkan EBP dalam pemberian asuhan keperawatan. Penerapan EBP dapat berjalan dengan baik apabila tersedia sumber daya yang memadai. Tersedianya sumber daya manusia (SDM) yang memadai dapat mendukung penerapan EBP seperti latar belakang pendidikan, pelatihan terkait EBP dan faktor lain yang juga dapat memberikan dampak pada penerapan EBP seperti budaya organisasi dan

kesiapan yang dimiliki oleh organisasi tersebut. Organisasi juga perlu memiliki program pendidikan terkait EBP yang dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, sikap dan rasa percaya diri dalam melakukan pencarian ataupun penerapan hasil penelitian ke dalam asuhan keperawatan. Selain itu, perawat manajer merupakan faktor pendukung penerapan EBP sehingga perawat manajer harus berperan aktif dalam penerapan EBP.

D. MODEL TEORI EVIDENCE BASED PRACTICE

Langkah-langkah yang sistematis dibutuhkan dalam memindahkan evidence ke dalam praktik guna meningkatkan kualitas kesehatan dan keselamatan (patient safety) dan dalam mengembangkan konsep, perawat dapat dibantu dengan berbagai model EBP melalui pendekatan yang sistematis dan jelas, alokasi waktu dan sumber yang jelas, sumber dayayang terlibat, serta mencegah implementasi yang tidak runut dan lengkap dalam sebuah organisasi. Setiap institusi dapat memilih model yang sesuai dengan kondisi organisasi karena beberapa model memiliki keunggulannya masing-masing.

Model-model yang dapat digunakan dalam mengimplementasikan EBP adalah Iowa Model (2001), Stetler Model (2001), ACE STAR Model (2004), John Hopkin's EBP Model (2007), Rosswurm dan Larrabee's Model. Karakteristik model yang dapat dijadikan landasandalam menerapkan EBP yang sering digunakan yaitu IOWA Model dimana model ini dalam EBP digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan, digunakan dalam berbagai akademik dan setting klinis. Ciri khas dari model ini adalah adanya konsep (triggers) dalam melaksanakan EBP. Triggers adalah informasi ataupun masalah klinis yang berasal dari luar organisasi. Terdapat 3 kunci dalam membuat keputusan,

yaitu; adanya penyebab mendasar timbulnya masalah, pengetahuan terkait dengan kebijakan institusi atau organisasi, penelitian yang cukup kuat, dan pertimbangan mengenai kemungkinan diterapkannya perubahan kedalam praktik sehingga dalam model tidak semua jenis masalah dapat diangkat dan menjaditopik prioritas organisasi.

Model John Hopkins memiliki 3 domain prioritas masalah, yaitu praktik keperawatan, penelitian, dan pendidikan. Terdapat beberapa tahapan dalam pelaksanaan model ini, yaitu menyusun practice question yang menggunakan PICO approach, menentukan evidence dengan penjelasan mengenai setiap level yang jelas dan translation yang lebih sistematis dengan model lainnya serta memiliki lingkup yang lebih luas.

ACE Star Model merupakan model transformasi pengetahuan berdasarkan research atau penelitian. Model ini tidak menggunakan evidence non-research. Sedangkan untuk Stetler's Model tidak berorientasi pada perubahan formal tetapi pada perubahan oleh individu perawat. Model ini dilaksanakan dengan menyusun masalah berdasarkan data internal yang disebut juga quality improvement dan operasional dan data eksternal yang berasal dari research atau penelitian.

E. IMPLEMENTASI EBP DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

1. Pendekatan buku resep keperawatan
Pendekatan buku resep keperawatan didasarkan pada suatu bukti bukti yang relevan terhadap pasien mengenai suatu permasalahan kondisi klinisnya. Dalam hal ini perawatan tidak bersifat individualitas bergantung pada perawat saja. Akan tetapi, pasien juga perlu dan berhak mengetahui suatu tindakan yang akan diberikan kepadanya. Perawat akan menggali

semua bukti bukti yang mendukung pasien dalam proses pelayanannya dibidang asuhan keperawatan. Kondisi klinis yang dialami oleh pasien akan memberikan tantangan baru bagi perawat untuk mengatasinya dengan ilmu, pengetahuan ataupun keahliannya di bidang klinis tersebut. Penyelesaian ini tentunya didasarkan pada EBP dalam keperawatan. Dengan diberlakukannya EBP disetiap tindakan keperawatan akan memberikan output yang terbaik bagi pasien dan tidak merugikan pasien. Penggabungan keahlian klinis harus seimbang dengan resiko dan manfaat dari tindakan klinis yang diberikan kepada pasien. Resiko yang mungkin terjadi dapat teratasi dengan keprofesionalitasan serta keahlian seorang perawat sehingga tidak menimbulkan masalah yang terjadi bagi pasien di dalam pelayanan kesehatan. Keuntungan akan didapatkan seorang pasien. Seperti yang kita ketahui bahwa pasien adalah manusia yang unik serta berbeda, beda sifat dan karakteristiknya. Kita mengetahui bahwa didalam diri pasien terdapat banyak faktir pendukung atau sejahtera kondisi pasien, salah satunya adalah kebudayaan. Kebudayaan sangat penting untuk diperhatikan terutama saat pemberian asuhan keperawatan, perawat harus mengerti mengenai variasi budaya yang dimiliki oleh seorang pasien karena bisa jadi kondisi klinis yang dialami pasien berkaitan dengan variasi kebudayaan. Meskipun EBP mencegah perhatian mengenai masalah kebudayaan, tetapi asuhan keperawatan perlu mempertimbangkan hal ini dalam kondisi dan situasi apapun. Keunikan seorang pasien harus diperhitungkan oleh perawat terutama keadaan klinisnya, kondisinya serta preferensi komorbiditasnya. Hal tersebut yang telah saya jabarkan merupakan salah satu komponen terpenting dalam pengaplikasian EBP.

2. Intervensi Berdasarkan Hasil Penelitian

Perawat pastinya akan memberikan suatu intervensi kepada pasiennya. Intervensi yang diberikan bukan sembarangan intervensi. Akan tetapi, intervensi yang diberikan berdasarkan bukti bukti yang mendukung suatu tindakan tersebut diberikan kepada pasien. Bukti bukti tersebut dapat digali dengan adanya suatu kasus yang telah ditemukan solusinya sesuai dengan tahapan berdasarkan EBP baik dalam bentuk diskusi maupun kerjasama. Selain itu, peran perawat dalam memberikan intervensi harus memusatkan kepada kenyamanan dan sepengetahuan pasien sehingga terjadi suatu hubungan saling percaya yang dihasilkan di kedua belah pihak. Dalam praktik EBP sangat menjunjung tinggi kompetensi, pengetahuan, serta keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien. Dalam suatu pelayanan khususnya pada praktik keperawatan tentunya dalam pemberian asuhan keperawatan ataupun intervensi tidak hanya menganut terhadap hal hal umum saja melainkan sumber sumber ilmiah yang relevan dan terpercaya yang dapat diakses melalui internet mengenai kondisi klinis pasien sehingga pemberian intervensi bermutu dan berkualitas dapat diberikan berdasarkan bukti bukti yang tertera. Hasil penelitian juga sangat diperlukan dalam intervensi kepada pasien. Selain itu, hasil penelitian merupakan salah satu bentuk bukti terhadap pengimplementasian EBP. Hal ini dapat dibuktikan dengan penerapan hasil penelitian terhadap kasus yang terjadi. Namun demikian, hasil penelitian yang tertera harus mempunyai korelasi dengan kondisi klinis pasien dalam proses penanganannya. Perawat perlu memperhatikan hasil penelitian tersebut yang relevan dengan pasien sehingga dalam proses penanganannya dapat diberikan yang terbaik dan bermutu.

F. PENGARUH EBP DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Agar EBP berhasil diadopsi dan dipertahankan, perawat dan profesional kesehatan lainnya menyadari bahwa EBP harus diadopsi oleh penyedia perawatan individu, pemimpin sistem dan sistem mikro, serta pembuat kebijakan. Tindakan federal, negara bagian, lokal dan peraturan serta pengakuan lainnya diperlakukan untuk adopsi EBP. Misalnya melalui organisasi profesi keperawatan telah menjadi pemimpin dalam mengkatalis adopsi EBP dan menggunakannya sebagai penanda keunggulan. Sebuah survei baru ini tentang keadaan EBP pada perawat menunjukkan bahwa, sementara perawat memiliki sikap positif terhadap EBP dan ingin memperoleh lebih banyak pengetahuan dan keterampilan, mereka masih menghadapi hambatan yang signifikan dalam menerapkannya dalam praktik. Terlepas dari banyak kemajuan signifikan, masih banyak yang harus dilakukan perawat untuk mencapai RBP secara menyeluruh. Sebuah survei baru ini tentang keadaan EBP pada perawat menunjukkan bahwa, sementara perawat memiliki sikap positif terhadap EBP dan ingin mendapatkan lebih banyak pengetahuan dan keterampilan, masih menghadapi hambatan yang signifikan dalam menerapkannya dalam praktik. Salah satu contoh penerapan EBP menunjukkan tantangan perubahan. Program berbasis bukti, strategi Tim dan Alat untuk meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien disertai dengan keefektifan yang telah terbukti dalam tersedia dengan materi pelatihan dan pembelajaran yang sangat berkembang. Namun, karena perubahan yang diperlukan untuk sepenuhnya menerapkan dan mempertahankan program diseluruh sistem yang didukung oleh budaya organisasi, diperlukan rencana implementasi yang canggih sebelum intervensi berbasis bukti diadopsi di seluruh institusi.

G. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian pembahasan konsep *Evidence Based Practice* di atas, dapat di simpulkan bahwa dengan mengaplikasikan EBP di dalam tindak keperawatan akan memberikan pelayanan yang terbaik dan berkualitas dalam kondisi klinis pasien. keadaan sehat pasien dapat berkaitan dengan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat. Dalam pemberian keperawatan yang didasarkan dengan *Evidence Based Practice* menekankan pada bukti-bukti dan relevansi terhadap kondisi klinis pasien. Bukti yang di temukan dapat berasal dari sumber-sumber riset hasil penelitian yang telah dilakukan, selain itu bukti dapat ditemukan melalui internet dengan cara mencari jurnal penelitian atau artikel ilmiah yang relevan dengan masalah atau kondisi klinis dari pasien, Perawat dalam mengaplikasikan atau mengimplementasikan EBP dalam pelayanan kesehatan bergantung kepada pengetahuan, keterampilan, serta kompetensi. Hal ini disebut sangat berpengaruh terhadap pemberian pelayanan kesehatan berdasarkan EBP. Dengan adanya komponen-komponen pendukung EBP dalam pelayanan kesehatan dapat diberikan secara profesional serta meminimalisir terjadinya insiden dalam praktik keperawatan sehingga pasien tidak mengalami kerugian saat proses perawatan di rumah sakit.

EBP mempunyai fungsi tersendiri selain ditekankan pada praktik berbasis bukti. Fungsi-fungsinya yaitu sebagai metode untuk mengevaluasi sistem kerja perawat dalam melakukan praktik keperawatan serta mengintegrasikan komponen-komponen pendukung EBP dalam pelayanan kesehatan. di samping itu saat melakukan proses penelitian berdasarkan EBP harus memperhatikan 5 tahapan penting yang merumuskan pertanyaan klinis, mengumpulkan bukti, mengevaluasi bukti, menghubungkan unsur-unsur dalam penelitian, mengevaluasi

keputusan hasil praktik. Namun dalam pelaksanaan peran *Evidence Based Practice* ini sendiri tidaklah mudah, hambatan utama dalam pelaksanaannya yaitu kurangnya pemahaman dan kurangnya referensi yang dapat digunakan sebagai pedoman pelaksanaan penerapan EBP itu sendiri.

H. TES FORMATIF

Berikut ini merupakan pemahaman *evidence based practice* adalah:

- Keterampilan yang dilibatkan dalam pengambilan keputusan
- Merupakan fungsi dan informasi dalam membuat kesimpulan
- Suatu proses yang melibatkan pembelajaran atas arahan diri sendiri yang pekerja profesional bisa mengakses informasi
- Mempermudah pengambilan keputusan dalam menentukan tindakan
- Untuk memahami tindakan praktik keperawatan

I. LATIHAN

P	Di keluarga Tn. D terdapat anggota keluarga yaitu Ny. A mengalami DM Type II dengan luka Diabetic Foot Dextra.
I	Pemberian terapi ozon
C	Pemberian terapi senam kaki diabetes
O	Penyembuhan luka Diabetic foot
T	2 bulan

Berdasarkan data kasus tabel diatas. Buatlah pertanyaan menggunakan formula PICOT *question* !

KEGIATAN BELAJAR 6

MODEL KEPERAWATAN KELUARGA

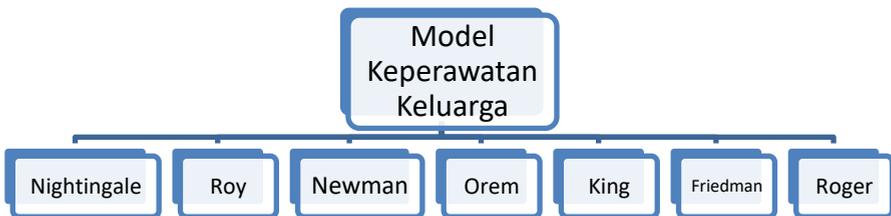
DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mempelajari tentang model konseptual keperawatan dalam keperawatan keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk menerapkan model konseptual keperawatan pada keluarga dalam berbagai tatanan pelayanan di komunitas.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan dan kemampuan: menjelaskan model konseptual yang dapat diterapkan dalam keperawatan keluarga seperti Nightingale, Roy, Newman, Orem, King, Friedman dan Rogers.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, pelayanan yang komprehensif bio-psiko-sosio-spiritual. Keperawatan profesional diterapkan dengan mengaplikasikan ilmu dan teori keperawatan dalam praktek, pendidikan dan riset keperawatan. Dalam memberikan asuhan diperlukan pengetahuan tentang perilaku dan kesehatan manusia sebagai individu yang unik dan holistik (Potter & Perry, 2009). Dalam aplikasinya, keperawatan harus dilandasi oleh dasar ilmu keperawatan yang kokoh. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk mampu berpikir logis dan kritis dalam menerapkan asuhan keperawatan pasien dan keluarganya. Model-model konseptual keperawatan dalam proses keperawatan dapat digunakan perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan (Potter & Perry, 2009).

B. MODEL KONSEPTUAL YANG DAPAT DITERAPKAN DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

Beberapa model konseptual yang dapat diterapkan oleh mahasiswa/praktisi perawat keperawatan keluarga diantaranya adalah:

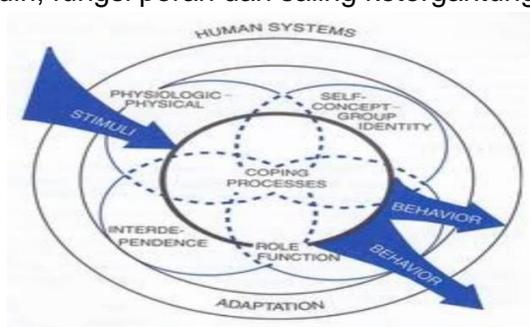
1. Model Lingkungan Florence Nightingale

Florence Nightingale menyebutkan keluarga di sebagian besar tulisannya dan dikebanyakan praktek keperawatannya, meskipun ia tidak menyajikan suatu teori keperawatan atau keperawatan keluarga (Nightingale, 1859, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Model keperawatan dengan pendekatan Florence Nightingale sebagai model lingkungan yang konsisten dengan penekanan Nightingale pada pentingnya faktor-faktor lingkungan terhadap sehat dan sakit (Lobo, 1995, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Ia

menulis jika rumah yang dibangun dengan buruk berpengaruh pada orang yang sehat, lalu bagaimana pengaruh rumah sakit yang dibangun dengan buruk bagi orang yang sakit. Saat udara didalam rumah tidak bergerak, penyakit akan terjadi.

2. Model Adaptasi Roy (*Roy Adaptation Model*)

Roy mengembangkan teori adaptasi, dengan memandang keluarga sama halnya dengan individu, kelompok, organisasi sosial, dan akan beradaptasi terhadap perubahan baik pada lingkungan internal maupun eksternal. Dimana, coping dijadikan strategi penyelesaian masalah keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Model adaptasi Suster Calista Roy (1976 dikutip dalam Tomey & Alligood, 2006) menjabarkan konsep individu sebagai sistem adaptif yang berinteraksi dengan stimulus melalui empat cara respons yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan saling ketergantungan.



Gambar 6.1 *Diagram of human adaptive systems model Roy*

Menurut Roy, asuhan keperawatan berfokus pada respons seorang terhadap interaksi dengan lingkungan eksternal dan stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi adaptasi (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Roy menjelaskan bahwa keluarga, individu, kelompok, organisasi sosial, dan komunitas, dapat menjadi unit analisis dan fokus praktik keperawatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). McCubbin

dan Figley (1983 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010) menyatakan bahwa konsep koping dalam model Roy dapat dengan mudah diperluas menjadi unit keluarga, yaitu pola koping keluarga yang tidak efektif menyebabkan masalah fungsi keluarga. Selain itu, teori Roy menekankan promosi kesehatan dan pentingnya membantu klien dalam memanipulasi lingkungan mereka, yang konsisten dengan interaksi lingkungan keluarga yang ditekankan dalam keperawatan keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

3. Model sistem Neuman (*Newman Sistem Model*)

Keluarga menurut Neuman dipandang sebagai klien dalam pelayanan kesehatan, keluarga dipandang sebagai sistem dengan subsistem-subsistem di dalamnya. Perhatian Neuman lebih tertuju pada hubungan antar anggota keluarga, dimana masing-masing anggota keluarga bisa saja terpapar oleh stressor yang dapat mempengaruhi keseimbangan dalam keluarga tersebut (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Menurut Tomey & Alligood (2006), Stressor dalam pandangan Neuman terdiri dari: 1) Stressor intrapersonal terjadi dalam keluarga dan berhubungan dengan lingkungan internal. 2) Stressor interpersonal terjadi pada satu keluarga atau lebih yang memiliki pengaruh pada peran. Misalnya ekspektasi peran. 3) Stressor ekstrapersonal terjadi di luar lingkup sistem atau keluarga tetapi lebih jauh jaraknya dari sistem daripada stressor interpersonal. Misalnya sosial politik.

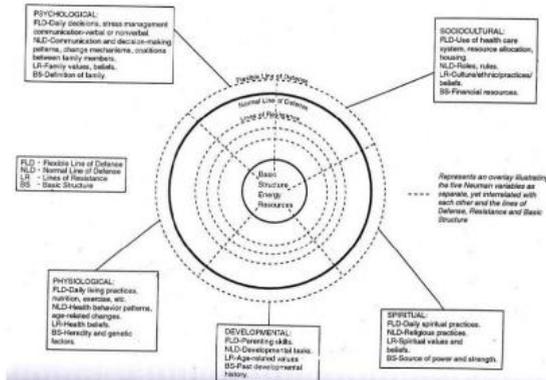
Menurut Mubarak (2005), model konseptual dari Neuman memberikan penekanan pada penurunan stress dengan cara memperkuat garis pertahanan diri keluarga yang ditujukan untuk mempertahankan keseimbangan tersebut dengan terfokus pada empat intervensi yaitu :

- a. Intervensi yang bersifat promosi, dilakukan apabila gangguan yang terjadi pada garis pertahanan yang bersifat

fleksibel, yang berupa: Pendidikan kesehatan dan Mendemonstrasikan keterampilan keperawatan dasar yang dapat dilakukan klien dirumah atau komunitas yang bertujuan meningkatkan kesehatan.

- b. Intervensi yang bersifat preventif, dilakukan apabila garis pertahanan normal terganggu meliputi deteksi dini gangguan kesehatan. Misalnya deteksi tumbuh kembang balita, keluarga dll dan memberikan zat kekebalan pada klien yang bersifat individu misalnya: konseling pranikah.
- c. Intervensi yang bersifat kuratif. Dilakukan apabila garis pertahanan terganggu.
- d. Intervensi yang bersifat rehabilitatif. Dilakukan seperti pada upaya kuratif yaitu apabila garis pertahanan resisten yang terganggu.

Intervensi yang bersifat kuratif dan rehabilitatif untuk gangguan pada garis pertahanan resisten dapat berupa: a) Melakukan prosedur keperawatan yang memerlukan kepakaran perawat. Misal: melatih klien duduk atau berjalan b) Memberikan konseling untuk penyelesaian masalah. c) Melakukan kerja sama lintas program dan lintas sektor untuk Penyelesaian masalah. d) Melakukan rujukan keperawatan atau non keperawatan bisa lintas program dan lintas sektor (Mubarak, 2005).



Gambar 6.2 Neuman System Model Adapted for Family Nursing
 Sumber: Tomey & Alligood (2006)

4. Model Perawatan Diri Orem (*Orem Self Care Model*)

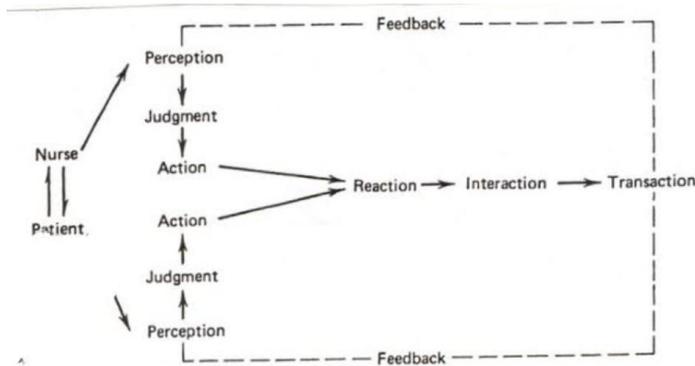
Dorothea Orem merupakan seorang ahli teori perawat yang memelopori teori keperawatan defisit perawatan diri. Orem memandang keluarga bukanlah sebagai klien tetapi ia memandang keluarga merupakan sebuah sarana yang dapat membantu individu untuk mandiri dalam perawatan dirinya. Karena teorinya berfokus pada kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri. Perawat bertanggungjawab bersama dengan keluarga membantu anggota keluarga atau individu yang sedang sakit menuju perawatan mandiri dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Fokus utama dari model konseptual *self care* adalah meningkatkan kemampuan seseorang untuk dapat merawat dirinya atau anggota keluarganya secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya (Tomey & Alligood, 2006). Konsep *self care* juga merupakan suatu landasan bagi perawat dalam memandirikan keluarga sesuai tingkat ketergantungannya

bukan menempatkan keluarga dalam posisi *dependent*. Karena menurut Orem, *self-care* bukan proses intuisi, tetapi merupakan suatu perilaku yang dapat dipelajari melalui proses belajar (Tomme & Alligood, 2006).

5. Teori Pencapaian Tujuan King (*King Theory of Goal Attainment*) King memandang keluarga sebagai sistem sosial dan konsep utama dalam modelnya. Keluarga diperlukan sebagai konteks maupun klien. Kerangka kerja King menunjukkan hubungan sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial. Ketiga sistem ini saling berinteraksi dalam teori pencapaian tujuan. Konsep personal jika mereka ditempatkan pada individu, konsep interpersonal ditempatkan jika mereka berinteraksi antara dua orang atau lebih, sedangkan konsep yang ditempatkan pada sistem sosial yaitu jika mereka menyediakan pengetahuan untuk perawat agar berfungsi dalam sistem yang lebih besar (King, 1995 Dalam Tomme & Alligood, 2006).

King memahami model konsep dan teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan sistem terbuka dalam hubungan interaksi yang konstan dengan lingkungan (Tomme & Alligood, 2006). King membahas keperawatan sebagai proses interaksi manusia, dimana di dalam proses tersebut terdapat aksi, reaksi, interaksi dan transaksi.



Gambar 6.3 *A theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*
Tomey & Alligood (2006)

Berdasarkan gambar di atas maka, konsep hubungan manusia menurut King terdiri dari:

- a. Aksi merupakan proses awal hubungan 2 individu dalam berperilaku, dalam memahami dan mengenali kondisi yang ada dalam keperawatan
- b. Reaksi adalah suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat adanya aksi dan merupakan respon dari individu
- c. Interaksi merupakan suatu bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dan klien yang terjadi akibat dari komunikasi
- d. Transaksi merupakan kondisi dimana perawat dan klien terjadi suatu persetujuan dalam rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

6. Model Friedman

Friedman 1992 (dalam Cristensen & Kenney, 2009) dikembangkan dari kerangka kerja sosiologis dan teori sistem. Keluarga adalah fokus dari model (Cristensen & Kenney, 2009). Struktur keluarga, fungsi keluarga dan hubungan keluarga dan sistem sosial lainnya menjadi fokus pendekatan (Narayani, 2020). Model pengkajian keluarga ini terdiri dari

enam dimensi di antaranya yaitu: struktur keluarga, pola komunikasi, fungsi keluarga, pengambilan keputusan, pengaturan peran, dan Kesehatan keluarga. Model keluarga struktural dan fungsional Friedman memberikan kerangka kerja yang luas untuk meneliti interaksi diantara anggota keluarga dan di dalam komunitas. Model ini memadukan aspek-aspek fisik, psikososial, dan kultural keluarga seiring dengan hubungan interaksi. Model ini sangat sesuai dalam proses keperawatan untuk semua tipe keluarga dan masalah keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

Struktur keluarga mempertimbangkan anggota keluarga dekat, seperti nama mereka, usia dan hubungan mereka yang tinggal bersama. Komposisi keluarga mencakup anggota keluarga yang lebih luas yang secara aktif terlibat dengan keluarga dekat. Data dikumpulkan dengan keluarga dekat dan keluarga jauh yang relevan. Keluasan dan kedalaman pengumpulan data tentang struktur keluarga bergantung pada tujuan wawancara. Sebuah genogram dibuat untuk menjelaskan hubungan dan data relevan mengenai setiap anggota keluarga. Kesehatan, Pengaruh genetik, dan pekerjaan anggota keluarga dekat dan jauh di anggap sangat penting dalam genogram (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Jika bekerja dengan keluarga, perawat terlebih dahulu mengumpulkan informasi pendahuluan tentang situasi kesehatan keluarga dan membandingkan data ini dengan kesehatan optimal keluarga. Perawat mempertimbangkan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi masalah-masalah kesehatan keluarga ini dan bagaimana perawat dapat membantu mencapai kesehatan mereka dengan baik. Kemudian perawat memutuskan apakah model struktural-fungsional sesuai dengan kondisi keluarga saat ini (Cristensen & Kenney, 2009).

Model struktural-fungsional dasar memberikan suatu kerangka kerja yang luas untuk mengkaji keluarga. Model ini dapat dengan mudah diterapkan untuk berbagai tipe keluarga dan sangat berguna bagi perawat yang bekerja dengan keluarga selama waktu yang lama. Friedman memadukan aspek-aspek yang relevan dari model perkembangan dan sistem kedalam model struktural-fungsional. Data biologis tentang anggota keluarga individual juga diperlukan guna tinjauan komprehensif keluarga. Oleh karena itu penempatan keluarga sebagai klien atau sasaran asuhan keperawatan adalah yang tepat. Keluarga dalam hal ini tidak di pandang anggotanya, tetapi suatu kesatuan yang unit dalam menghadapi masalah, Keunikannya dilihat dari cara berkomunikasi, mengambil keputusan, sikap, nilai, dan cita-cita, hubungan dengan masyarakat luas dan gaya hidup yang tidak sama antara satu keluarga dengan keluarga lainnya (Ali, 2009).

7. Teori Humanistik Rogers (*Unitary Human Beings*)

Model Rogers pertama kali dipublikasikan pada 1970, yaitu *An Introduction to Theoretical Basis Of Nursing*. Rogers kemudian memperjelas dan mendefinisikan konsep-konsepnya, salah satunya *The Science of Unitary human being: A Paradigm for Nursing* (Tommeay & Alligood, 2006). Rogers menjelaskan keperawatan sebagai profesi yang menggabungkan unsur ilmu pengetahuan dan seni. Keperawatan sebagai ilmu merupakan ilmu pengetahuan humanistik yang didedikasikan untuk menghibur agar mempertahankan dan memulihkan kesehatan, mencegah penyakit, merawat, serta merehabilitasi individu yang sakit dan cacat.

Teori Rogers (1970, dalam Tommeay & Alligood, 2006) tentang *Unitary Human Being* mengantarkan kita pada pandangan yang baru bagi dunia keparawatan. Perbandingan antara

kesehatan dan penyakit. Fokus dari teori Rogers ini adalah hubungan timbal balik antar lingkungan dan kesatuan manusia.

Menurut Rogers, ada dua dimensi keperawatan, yaitu: Ilmu keperawatan, yaitu ilmu yang khusus pada bidang keperawatan yang besumber dari penelitian ilmiah dan seni keperawatan yang melibatkan penggunaan ilmu keperawatan secara kreatif untuk membantu kehidupan klien yang lebih baik. Modelnya membahas pentingnya lingkungan sebagai bagian integral dari klien dan menggunkan pengetahuan tersebut untuk membantu perawat memadukan ilmu dan seni keperawatan untuk memastikan klien mendapatkan perawatan yang baik dan kembali ke kesehatan yang terbaik.

C. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian di atas, dapat dipahami bahwa terdapat beberapa model konseptual keperawatan yang dapat diterapkan dalam keperawatan keluarga sesuai kebutuhan. Masing-masing model keperawatan memiliki kelebihan dan kelemahannya. Maka dari itu, mahasiswa/perawat/ praktisi keperawatan perlu memiliki pengetahuan dan pemahaman terkait masing-masing model konseptual keperawatan yang dapat diterapkan pada saat memberikan asuhan keperawatan keluarga.

D. TES FORMATIF

1. Model keperawatan yang berfokus pada adaptasi pasien dan keluarga terhadap permasalahan koping keluarga adalah...
 - a. Roy
 - b. Rogers
 - c. Newman

- d. Friedman
 - e. Nightingale
2. Model konseptual manakah yang berfokus pada hubungan timbal balik antara lingkungan dan kesatuan manusia?
- a. King
 - b. Roy
 - c. Rogers
 - d. Newman
 - e. Nightingale
3. Model konseptual manakah yang digunakan dalam praktek keperawatan keluarga khususnya dalam pengkajian keperawatan keluarga?
- a. Roy
 - b. King
 - c. Rogers
 - d. Newman
 - e. Friedman

E. LATIHAN

Carilah artikel jurnal nasional atau internasional tentang penerapan model keperawatan keluarga. Kemudian analisa jurnal tersebut dalam pengaplikasiannya dalam keperawatan keluarga (disertai kekuatan dan kelemahan model tersebut)!

KEGIATAN BELAJAR 7

PEMBERDAYAAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

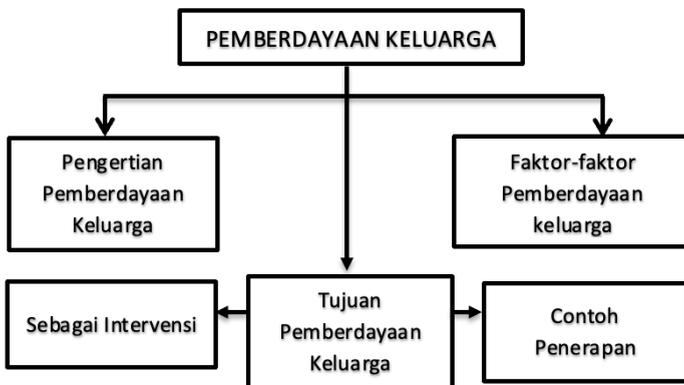
Pada bab ini mahasiswa mempelajari konsep dasar pemberdayaan keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman tentang pemberdayaan keluarga untuk dapat memahami dan menerapkan pemberdayaan keluarga sebagai intervensi keperawatan.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi Pemberdayaan keluarga.
2. Mampu menjelaskan Komponen dan tujuan pemberdayaan keluarga
3. Mampu menjelaskan pemberdayaan keluarga sebagai intervensi keperawatan dan menjelaskan contoh kegiatan pemberdayaan keluarga.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN PEMBERDAYAAN KELUARGA

Pemberdayaan Keluarga atau *Family Empowerment* merupakan proses menumbuhkan pengetahuan, memberikan dukungan, sumber daya, dan keterampilan kepada keluarga agar mereka dapat mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan keluarga. Pemberdayaan Keluarga adalah cara untuk meningkatkan kemampuan keluarga melalui intervensi keperawatan yang berfokus pada keluarga, promosi kesehatan, dan penyesuaian budaya yang dapat mempengaruhi pengobatan dan perkembangan keluarga (Graves, 2007 dalam Iwan Adrian 2014).

Pemberdayaan keluarga merupakan suatu bentuk intervensi secara holistik, berpusat pada keluarga yang mengakui bahwa klien dan keluarga diberdayakan, sehingga dapat aktif dalam perawatan kesehatan keluarga melalui kolaborasi dalam profesional perawatan kesehatan dan sistem perawatan kesehatan. Pemberdayaan keluarga dapat meningkatkan derajat kesehatan dan penggunaan layanan kesehatan yang lebih efisien serta peningkatan kualitas layanan kesehatan (Frakking *et al.* 2020 dalam Rizqi A.F, *et al.* 2023).

B. TUJUAN PEMBERDAYAN KELUARGA

Tujuan dari pemberdayaan keluarga adalah

1. Meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan kesadaran seluruh anggota keluarga dalam bidang kesehatan.
2. Meningkatkan kemampuan seluruh keluarga dalam pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya sendiri.
3. Keluarga mampu mengenali, melakukan, memelihara, melindungi, meningkatkan kualitas kesehatannya, termasuk jika sakit, dan memperoleh pelayanan kesehatan tanpa mengalami kesulitan dalam pembiayaannya.

C. FAKTOR-FAKTOR PEMBERDAYAAN KELUARGA

Faktor-faktor yang memengaruhi pemberdayaan keluarga yaitu Faktor perdisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendorong. Pertama faktor perdisposisi, faktor ini terdiri atas pengetahuan, sikap, keyakinan, pendidikan dan pekerjaan. Kedua faktor pemungkin, yang termasuk dalam faktor ini adalah sarana-prasarana dan jarak dengan fasilitas pelayanan kesehatan. Ketiga faktor pendorong, yang termasuk dalam faktor ini adalah peran dan dukungan keluarga dan adanya aturan-aturan (friedman, 2003 dalam Hasanudin, tintin sukartini dan makhfaldi 2023)

D. PEMBERDAYAAN KELUARGA SEBAGAI INTERVENSI KEPERAWATAN

Menurut Hulme, 1999 dalam ayudiah uprianingsih 2019 pemberdayaan Keluarga merupakan suatu intervensi keperawatan yang dirancang dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga, sehingga anggota keluarga dapat merawat secara anggota keluarga lainnya dan dapat mempertahankan kehidupan mereka. Pemberdayaan Keluarga Salah satu intervensi pendekatan keluarga berupa upaya petugas kesehatan (perawat) dalam meningkatkan kemandirian keluarga terkait pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam mencegah atau mengatasi masalah kesehatan keluarga.

Intervensi pemberdayaan keluarga di berikan dengan tujuan menjadikan keluarga mampu melaksanakan tugas keluarga dalam bidang kesehatan yaitu mampu mengenal masalah kesehatan anggota keluarga, mampu mengambil keputusan yang tepat berkaitan dengan masalah kesehatan anggota keluarga, mampu melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mampu menggunakan fasilitas kesehatan dan memodifikasi lingkungan yang sehat. Penggunaan intervensi keperawatan

keluarga *Family Empowerment* memerlukan keterampilan empati, mendengar dan responsif agar intervensi ini mendapatkan hasil yang optimal sehingga dapat mencapai keberhasilan dengan indikator berdayanya keluarga yang ditunjukkan dengan tingkat kemandirian keluarga yang lebih baik.

Tingkat kemandirian keluarga dapat dinilai dengan memperhatikan kriteria tingkat kemandirian seperti yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan (2006), sebagai berikut :

1. Keluarga Mandiri Tingkat Satu
Keluarga hanya menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
2. Keluarga Mandiri Tingkat Dua
Keluarga menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, keluarga mengetahui dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Keluarga Mandiri Tingkat Tiga
Keluarga menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, keluarga mengetahui dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan serta melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.
4. Keluarga Mandiri Tingkat Empat
Keluarga menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, keluarga mengetahui dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang

dianjurkan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan serta melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran dan melakukan tindakan promotif secara aktif.

E. CONTOH PENERAPAN PEMBEDAYAAN KELUARGA

Pemberdayaan Kesehatan keluarga sangat penting untuk meningkatkan derajat Kesehatan dalam keluarga. Salah satu contoh penerapan pemberdayaan keluarga.

Menurut Reza, Teuku salfiyadi, cut aja nuraskin dan mufizarni (2022) dengan menerapkan pemberdayaan kemandirian keluarga dalam meningkatkan status Kesehatan gigi anak.

1. Tahap Persiapan menentukan keluarga yang sesuai kriteria.
2. Tahap Pelaksanaan: kesepakatan bersama Kegiatan pelayanan asuhan keperawatan gigi direncanakan selama 5 hari dengan 3 kali kunjungan.
 - a. Kunjungan I
 - Mengajak orang tua dan anak untuk mengenali masalah kesehatan gigi dan mulut
 - Menjelaskan kepada orang tua dan anak faktor-faktor penyebab masalah (salah satu adalah plak)
 - Mengajak dan menggali bersama orang tua dalam menentukan penyebab masalah yang ada dalam keluarga
 - Menjelaskan pengertian, penyebab dan bahaya plak
 - Mengajak orang tua dan anak cara melihat plak
 - Mengajak orang tua dan anak dalam melatih menghilangkan plak dengan menyikat gigi menggunakan teknik yang baik dan benar
 - Membangun kerjasama antara orang tua, anak dan tenaga kesehatan dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut keluarga

- Bekerja sama memelihara kebersihan gigi anak dengan peran orang tua dalam mengontrol anak untuk menyikat gigi tepat waktu dan teknik menyikat gigi yang baik dan benar.
- b. Kunjungan II
- Memberikan Edukasi kesehatan gigi (Dental Health Education) pada keluarga tentang pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut anak atau anggota keluarga
 - Menerangkan kepada keluarga mengenai kasus-kasus yang berkaitan dengan penyakit gigi dan mulut dan bagaimana melakukan pencegahan serta pengobatan misalnya mengenai kasus karies gigi, kasus karang gigi, kasus kebiasaan buruk bagi kesehatan gigi dan mulut, kasus halitosis, dan gingivitis.
 - Menerangkan tentang pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut.
 - Membantu keluarga dalam memecahkan masalah kesehatan gigi
 - Menggali kontribusi keluarga dalam melakukan tindakan perawatan
 - Memotivasi keluarga (anak dan orang tua) dalam memelihara kesehatan gigi
- c. Kunjungan III
- Mengingatkan peran orang tua agar selalu mengontrol anak untuk menyikat gigi dengan teknik yang benar dan tepat waktu yaitu pagi setelah sarapan pagi dan malam sebelum tidur
 - Meyakinkan orang tua, bahwa lubang gigi tidak dapat sembuh dengan sendirinya, harus dilakukan perawatan.
 - Memotivasi kepada orang tua agar mau melakukan pembersihan karang gigi karena karang gigi tidak mungkin hilang dengan sikat gigi, tetapi harus dibersihkan oleh tenaga kesehatan gigi.

- Memberikan motivasi agar rajin untuk memeriksakan gigi keluarga ke poliklinik gigi, setiap 6 bulan sekali, walaupun gigi tidak memberikan keluhan apa pun.
 - Membangun kesadaran keluarga untuk mempertahankan kesehatan gigi keluarga, dengan selalu mengonsumsi makanan yang baik untuk kesehatan gigi, dan mengurangi mengonsumsi gula yang tinggi
 - Mengingatkan untuk mengontrol kesehatan gigi keluarga dengan rutin setiap enam bulan sekali.
3. Tahap monitoring dan evaluasi
- Evaluasi terhadap kegiatan juga dilakukan untuk mengetahui sejauh mana tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan orang tua terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anaknya.

Edukasi kesehatan gigi (dental health education) pada keluarga tentang pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut anak atau anggota keluarga, tim pengabdian menjelaskan kepada keluarga mengenai kasus-kasus yang berkaitan dengan penyakit gigi dan mulut dan bagaimana melakukan pencegahan serta pengobatan, membantu keluarga dalam memecahkan masalah kesehatan gigi, menggali kontribusi keluarga dalam melakukan tindakan perawatan dan memotivasi keluarga (anak dan orang tua) dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut dilakukan monitoring dan mengingatkan peran orang tua agar selalu mengontrol anak untuk menyikat gigi dengan teknik yang benar dan tepat waktu.

Ada peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu (pre-test, post test I, post test II) dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut dengan penerapan asuhan keperawatan gigi.

F. RANGKUMAN

Pemberdayaan Kesehatan keluarga sangat penting untuk meningkatkan derajat Kesehatan dalam keluarga. Tujuan dari pemberdayaan keluarga adalah Meningkatkan pengetahuan, Meningkatnya kemampuan seluruh keluarga dalam pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya sendiri Keluarga dan memperoleh pelayanan kesehatan tanpa mengalami kesulitan dalam pembiayaannya. Adapun faktor-faktor yang memengaruhi pemberdayaan keluarga yaitu Faktor perdisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendorong. Pertama faktor perdisposisi, faktor ini terdiri atas pengetahuan, sikap, keyakinan, pendidikan dan pekerjaan. Kedua faktor pemungkin, yang termasuk dalam faktor ini adalah sarana-prasarana dan jarak dengan fasilitas pelayanan kesehatan. Ketiga faktor pendorong, yang termasuk dalam faktor ini adalah peran dan dukungan keluarga dan adanya aturan-aturan Bila faktor-faktor tersebut baik maka pemberdayaan Keluarga sebagai salah satu intervensi pendekatan keluarga dalam meningkatkan kemandirian keluarga terkait pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam mencegah atau mengatasi masalah kesehatan keluarga.

G. TES FORMATIF

1. Yang termasuk dalam definisi pemberdayaan keluarga yang paling tepat adalah?
 - a. Meningkatkan pengetahuan individu
 - b. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga
 - c. Memberikan pelatihan pada keluarga
 - d. Meningkatkan kesadaran
 - e. Salah semua

2. Faktor-faktor yang memengaruhi pemberdayaan keluarga yaitu Faktor perdisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendorong. Yang termasuk dalam faktor perdisposisi, kecuali ?
 - a. Pengetahuan
 - b. Sikap
 - c. *pendidikan*
 - d. pekerjaan
 - e. Sarana-Prasarana

H. LATIHAN

Berikan beberapa contoh pelaksanaan pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan derajat Kesehatan dalam keluarga dan jelaskan proses pelaksanaannya!

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, L. S., Pesak, E., Fadillah, F., Sharfina, D., Laoh, J. M., Tambuwun, S., Nofrida. (2023). Bunga Rampai Keperawatan Keluarga. Cilacap: PT Media Pustaka Indo.
- Achjar, K. A. H. (2010). Aplikasi praktis asuhan keperawatan keluarga. Jakarta: Sagung Seto.
- Adventus Dkk. 2019. Buku Ajar Promosi Kesehatan. Universitas Kristen Indonesia.
- Ali, Z (2010). Pengantar keperawatan keluarga. Jakarta: EGC
- Ardian, I. 2013. Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment) Meningkatkan Koping Keluarga Diabetes Militus Tipe-2. Jurnal Ilmu Keperawatan, 1(2), 141-149.
- Arisandi, Y., & Hayun, Z. (2024). Buku Ajar keperawatan Keluarga. Pekalongan: PT Nasya Expanding Management.
- Arisandi, Yesi & Hayun, Zuhana. 2024. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Jawa Tengah: Penerbit. PT. NEM
- Audilla, A., Nurhidayati, & Purwacaraka, M. (2022). Hubungan Pemberdayaan Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Ibu Nifas. PROFESSIONAL HEALTH JOURNAL, 4(1), 155–161.
<https://doi.org/10.54832/phj.v4i1.340>
- Bailon, G, M. (1978). Perawatan Kesehatan Keluarga. Jakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan RI.

- BKKBN. (2021). Pengenalan Indeks Pembangunan Keluarga. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Callister L.C., et al. 2005. "Inquiry in Baccalaureate Nursing Education: Fostering Evidence- Based Practice". J Nurs Educ 44 (2): 59.
- Chiwaula, C.H., dkk. 2018. Evidence Based Practice: A Concept Analysis. Zimbabwe, Malawi. Imedpub journal. Vol. 5 No. 5:73.
- Cristensen, P.G & Kenney, J.W. 2009. Proses keperawatan aplikasi model konseptual (Ed.4). Jakarta: EGC
- Depkes, R. 2006. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Daerah. Depkes Jakarta.
- Esti, Amira & Johan, Trimona Rita 2020. Buku Ajar Keperawatan Keluarga Askep Stroke. Sumatera Barat: Pustaka Galeri Mandiri
- Fabanyo, R. A., momot, S. L., & Mustamu, A. C. (2023). Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Family Nursing Care). Pekalongan: PT Nasya Expanding Management.
- Fhirawati, dkk. 2020. Konsep dasar Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.
- Fitriana, Faudiah, N., Dewi, R., & Hamid, Y. H. (2017). Pengelolaan Sumber Daya Keluarga. Aceh: Syiah Kuala University Press.
- Friedman, Bowden, & Jones, (2010). Family nursing: Theory and practice (3ndEd). Norwalk. CT:Appleton & Lange
- Friedman, M. 2010. Buku Ajar Keperawatan keluarga: Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.

- Green, L. and K. M. 2005. Health Promoting Planning, An Educational and Environmental Approach (2 ed.). Mayfield Publishing Company.
- Harnilawati. 2013. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Sulawesi Selatan: Penerbit: Pustaka As Salam.
- Hasrima, Susanty, S., Abadi, M. T., Pauzi, M., Umrana, S., Febriyanti, H., Masriwati, S. (2023). Keperawatan Keluarga. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- International Council of Nurses. 1986. Nuring research: ICN Position statement. Geneva: The Council.
- IPPKI (2017) Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok Dan Komunitas Dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NIC & NOC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: Indonesia (UI-Press).
- Jeremy Steglitz, dkk. 2015. Evidence-Based Practice. Chicago USA Northwestern University: Elseiver Ltd;
- Kaakinen, J, R., & Robinson, M. (2018). Family Health Care Nursing, In F.A. davis Caompany.
- Kajian Layanan Kesehatan Primer di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan - <https://jagopreventif.com/kajian-layanan-kesehatan-primer-di-era-jaminan-kesehatan-nasional-jkn-dan-badan-penyelenggara-jaminan-sosial-bpjs-kesehatan/>
- Kemendikbud, T. (2016). Seri Pendidikan Orang Tua: Mengelola Sumber Daya Keluarga. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia.

- Kemenkes RI. Undang-Undang RI nomor 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan perkembangan keluarga, pada pasal 21 ayat 1. Jakarta: Kemenkes; 2009.
- Kemenkes, 2023, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023, Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, Jakarta: Kemenkes
- Kemenkes, R. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI, No.75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Lancaster, S. dan. 1997. Perawatan Kesehatan Masyarakat: Suatu Proses dan Praktek Untuk Peningkatan Kesehatan. Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan, Pajajaran (YIP PKP).
- Ligita Titan. 2012. Pengetahuan, Sikap dan Kesiapan Perawat Klinisi Dalam Implementasi Evidence-Base Practice vol 8 nol. Tanjungpura: Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura. Ners Jurnal Keperawatan:
- Makhfudli, M., Sukartini, T. S., & Hasanudin, H. (2023, August 5). Pemberdayaan Keluarga pada Pasien Pasca-Covid-19: Pengelolaan Gejala Sisa. Airlangga University Press. Airlangga University
- Melnyk B, FineoutQoverholt E. 2005. Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care: A Guide to Best Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mubarak, W.I (2005). Pengantar keperawatan komunitas 1. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Newhouse R, et al. 2005. "Evidance-Based Practice: A Practical Approach to Implementation." J Nurs Adm, 35 (1): 35.

- Polit D.F., Beck C.T 2004. *Nursing Reasearch: Principles and Methods*. ED 7. Philadelphia: JB Lippincott.
- Potter & Perry, (2009). *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta: EGC
- Puskesmas, D. I. 2018. *Penguatan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas*.
- Putra, I. G., Suardana, I. W., Nurlela, L., Sya'diyah, H., Achjar, K. A., Januarti, L. F., . . . Lestari, A. S. (2023). *Keperawatan Keluarga (Teori & Studi Kasus)*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- R, A. P., Erika, K. A., & Saleh, U. (2020). *Pemberdayaan Keluarga dalam Perawatan Tuberkulosis*. *Media Karya Kesehatan*, 3(1). <https://doi.org/10.24198/mkk.v3i1.24040>
- Reca, R., Salfiyadi, T. S., Nuraskin, C. A., & Mufizarni, M. (2022). *Pemberdayaan kemandirian keluarga melalui inovasi asuhan keperawatan gigi dalam meningkatkan status kesehatan gigi anak di Kota Banda Aceh (Empowerment of family independence through innovation of dental nursing care in improving dental health status in Banda Aceh)*. *Buletin Pengabdian Bulletin of Community Services*, 2(3), 82–90. <https://doi.org/10.24815/bulpengmas.v2i3.28518>
- Rizqi Alvia Fabanyo, Simon Lukas Momot, Alva Cherry Mustamu. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Family Nursing Care)*. NEM
- Salamung, Niswa, D. 2021. *Keperawatan Keluarga (Family Nursing) (Risnawati (Ed.))*. Duta Media Publishing.
- Saputra, Khalid Fredy, dkk. 2023. *Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Penerbit: Pradina Pustaka.

- Setyawati, Anita, dkk, 2017. Peningkatan Pengetahuan Perawat dan Bidan Tentang Evidence- Based Practice Melalui Pelatihan Penerapan Evidence-Based Practice. Bandung.: Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat Vol. 6, No. 1, Maret 2017:53-56.
- Sheldon L.K., et al. 2006. "DifficultCommunication in Nursing". J Nurs Scholarsh 38 (2): 141.
- Siska, dkk. 2015. Hubungan Tingkat Pendidikan Perawat dengan Kompetensi Aplikasi Evidence Based Practice vol 1 no 1. Tangerang Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan. Jurnal Skolastik Keperawatan;
- Sovia, Dewi, M., Memah, H. P., Damayantie, N., Yellyanda, Octavia, D., Syrabai. (2023). Bunga Rampai Keperawatan Keluarga. Banyumas: PT Pena Persada Kerta Utama.
- Stevens, K., (May 31, 2013) "The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 18, No. 2
- Suharto, A. 2018. Promosi Kesehatan Modul Ajar (Sunarto (Ed.)). Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Sulistyowati, D., Nuraeni, A., Nurhayati, I., Paryono, Tarnoto, K. W., Yuniarti, T., & Riani, S. (2022). Keperawatan Keluarga. Sukoharjo: Tahta Media Group.
- Suprajitno. 2004. Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktik. Jakarta: Penerbit: EGC.
- Susilowati, D. 2016. Promosi Kesehatan Modul Bahan Ajar cetak keperawatan (pertama). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Tomey, A. N., & Alligood, M. R. (2006). Nursing theorists and their work, 6thMosby

Wahyuni, Tri, dkk. 2021. Buku Ajar Keperawatan Keluarga dilengkapi Riset & Praktik. Sukabumi: CV Jejak.

Wibowo Hanafi, Dkk. 2022, Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga, Sumatera barat: Global Ekskutif teknologi

TENTANG PENULIS



Khotibul Umam, S.Kep.Ns.,M.Kes. lahir di Lamongan Jawa Timur, Putra dari Bpk. H.M.Rofi' Anwar dan Ibu Cholifah, Penulis menempuh pendidikan formal mulai SD lulus tahun 1986, SMP lulus Tahun 1989, SMA lulus tahun 1992, SPK Pemda Tk II Lamongan lulus tahun 1995, DIII Keperawatan lulus tahun 2003, S1 Keperawatan- Ners Universitas Airlangga lulus tahun 2006/2007, S2 Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta lulus tahun 2013. Penulis memulai karir sebagai Perawat Pelaksana di Puskesmas Sukodadi tahun 1998 -2000, kemudian menjadi staf dinas Kesehatan Lamongan tahun 2000-2003. Setelah lulus Pendidikan Ners tahun 2007 penulis mulai mengabdikan diri sebagai staf pengajar di Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lamongan sampai tahun 2017. Adanya proses merger ke Universitas Airlangga maka penulis bergabung menjadi dosen di universitas Airlangga mulai bulan Januari tahun 2018 sampai saat ini. Penulis juga aktif di organisasi profesi (PPNI), pernah menjabat sebagai ketua DPK PPNI Lamongan 1, penulis saat ini menjabat sebagai Wakil Ketua Bidang Pendidikan dan Pelatihan DPD PPNI Kabupaten Lamongan periode 2022-2027. Penulis saat ini juga sedang menempuh Pendidikan Doktorat di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.



Nurhakim Yudhi Wibowo, M.Kep., Ns.

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi ilmu keperawatan fakultas ilmu kesehatan Universitas Bhamada Slawi. Lahir di Brebes, 19 Oktober 1985 Jawa Tengah. Penulis menyelesaikan program pendidikan (S1 & Ners) dan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang, setelah menyelesaikan pendidikan penulis menjadi tenaga perawat di RSJD Amino Gondho Hutomo Semarang selama 1,5 tahun. Penulis mulai menjadi tenaga pengajar mulai tahun 2010 di Universitas Bhamada Slawi hingga sekarang. Penulis merupakan pengajar mata ajar yang berfokus pada Jiwa, Komunitas, Keluarga dan Gerontik. Penulis aktif melakukan penelitian dan menulis buku pada bidang ilmu keperawatan Jiwa, Komunitas & gerontik.



Ns., Holli Piter Natalia, S.Kep., M.Kep.

Lahir di Sukabumi, 28 Mei 1985, tinggal di Karawang, Jawa Barat. Sejak tahun 2008 bekerja sebagai Perawat Di Rumah Sakit Swasta dan dari 2022 sampai sekarang bekerja sebagai Dosen di Program Studi Diploma III Keperawatan kampus Universitas Sehati Indonesia (USINDO) dan 2023 Dosen Di Program Studi Ners kampus Stikes Bina Putera Banjar. Tahun 2018 lulus pendidikan S1 dan Ners di STIKES Horison Karawang. Pendidikan terakhir S2 Keperawatan Peminatan Komunitas di Universitas Jenderal Achmad Yani Bandung lulus tahun 2023. Penulis memiliki peminatan di Keperawatan Keluarga. Dalam mewujudkan karir sebagai dosen professional, penulis aktif menjadi pembimbing dalam praktik keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas.

Penulis ini dapat dihubungi lebih lanjut di 085287570170, atau pembaca bisa berinteraksi melalui ig holly.piter fb: holli piter natalia.



**Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih,
S.Kep.,Ns.,M.Kep**

Penulis saat ini aktif bekerja di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya. Penulis menyelesaikan Pendidikan Magister di Universitas Airlangga. Penulis merupakan dosen pengampu Mata Kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik baik akademik maupun profesi Ners, dan memiliki kepakaran pada tiga bidang tersebut.

Kegiatan Tridarma Perguruan tinggi mayoritas dilakukan pada tiga bidang keperawatan tersebut. Aktif dalam kegiatan seminar, workshop, pelatihan, publikasi artikel, penulis buku dan pembicara sesuai bidang kepakaran. Penulis berharap dapat memberikan kontribusinya positif bagi keperawatan salah satunya dengan menulis buku.



Ns. Ni Rai Sintya Agustini, S.Kep., M.Kep

Dilahirkan di Kerobokan, 31 Agustus 1995 Bali. Penulis merupakan anak ke-dua dari dua bersaudara dari pasangan bapak I Ketut Sutarna dan Ibu Ni Luh Sumartini. Pendidikan program Serjana Keperawatan dan Profesi Ners (S1) di STIKES Bina Usada Bali dan Magister Keperawatan (S2) di Institut Teknologi dan Ilmu Kesehatan Bali. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap Prodi S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Triatma Mulya. Selain pendidikan

dan pengajaran penulis juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.



Ns. Yuni Arnita, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Lahir di Bireuen, 5 Januari 1987, Aceh. Pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Ners Pada Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala (2005-2011) dan melanjutkan pendidikan program Studi Magister Keperawatan (S2) di Universitas Syiah Kuala pada tahun 2014 Peminatan keperawatan

komunitas. Penulis saat ini mengampu mata kuliah keperawatan keluarga.



Diliani

Lahir di Dili, 27 Juli 1989, tinggal di Timika Papua. Sejak tahun 2013 hingga saat ini bekerja sebagai Dosen di Program Studi Diploma III Keperawatan kampus Mimika Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Tahun 2012 lulus pendidikan S1 dan Ners di STIKES 'AISYIYAH YOGYAKARTA. Pendidikan terakhir S2 Keperawatan Peminatan Komunitas di Universitas Jenderal

Achmad Yani Bandung lulus tahun 2023. Penulis memiliki peminatan di Keperawatan Keluarga, & saat ini penulis bekerja atau mengajar di departement keperawatan Komunitas di Program Studi Diploma III Keperawatan kampus Mimika Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Dalam mewujudkan karir sebagai dosen professional, penulis aktif menjadi pembimbing dalam praktik keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas sejak 2013 hingga saat ini.

Penerbit :

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Buku Gudang Ilmu, Membaca Solusi
Kebodohan, Menulis Cara Terbaik
Mengikat Ilmu. Everyday New Books

SONPEDIA.COM
PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Redaksi :

Jl. Kenali Jaya No 166

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

Email: sonpediapublishing@gmail.com

Website: www.sonpedia.com