



ILMU KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN KELUARGA



Dian Yuniar Syanti Rahayu • Novita Anggraini • Kuswanto
Santa Maria Pangaribuan • I Gede Purnawinadi
Bangun Dwi Hardika • Iis Sumiyati • Nur Febrianti
Martalina Limbong • Guling Setiawan • Jeni Rante Tasik • Mustar



ILMU KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN KELUARGA



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga

Dian Yuniar Syanti Rahayu, Novita Anggraini, Kuswanto
Santa Maria Pangaribuan, I Gede Purnawinadi
Bangun Dwi Hardika, Iis Sumiyati, Nur febrianti
Martalina Limbong, Guling Setiawan, Jeni Rante Tasik, Mustar



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Dian Yuniar Syanti Rahayu, Novita Anggraini, Kuswanto
Santa Maria Pangaribuan, I Gede Purnawinadi
Bangun Dwi Hardika, Iis Sumiyati, Nur Febrianti
Martalina Limbong, Guling Setiawan, Jeni Rante Tasik, Mustar

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Dian Yuniar Syanti Rahayu., dkk.

Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga

Yayasan Kita Menulis, 2022

xii; 156 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-502-5

Cetakan 1, Juni 2022

- I. Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Alhamdulillah, puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan ridho-Nya buku Ilmu Keperawatan komunitas dan Keluarga telah selesai dan dapat dipergunakan oleh semua kalangan pembaca terutama insan keperawatan. Buku Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga ini di susun untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan kepada mahasiswa keperawatan tentang ilmu keperawatan komunitas dan ilmu keperawatan keluarga.

Adanya Buku Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga ini diharapkan menjawab tuntutan masyarakat terhadap pelayanan Kesehatan baik pelayanan primer, sekunder dan tersier yang semakin tinggi, munculnya berbagai permasalahan kesehatan di masyarakat membuat tenaga keperawatan harus mampu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang Kesehatan dengan berbagai pendekatan salah satunya pendekatan keperawatan komunitas dan pendekatan keperawatan keluarga dimana keluarga sebagai satu unit terkecil didalam masyarakat, dengan selalu membaca referensi terkini berdasarkan evidence base yang valid sehingga perawat bisa memberikan pelayanan secara professional dalam bidang ilmu keperawatan komunitas dan keluarga.

Buku ini di susun dalam 12 Bab secara sistematis dan lengkap uraiannya.

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

Bab 2 Teori dan Model Praktik Keperawatan Komunitas

Bab 3 Keperawatan Kesehatan Kerja

Bab 4 Keperawatan Kesehatan Keluarga

Bab 5 Etika Keperawatan Komunitas

Bab 6 Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas

Bab 7 Promosi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Primer

Bab 8 Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

Bab 9 Struktur dan Fungsi Keluarga

Bab 10 Tahap-Tahap Keluarga dan Tugas Perkembangan Keluarga

Bab 11 Peran dan Fungsi Perawat dalam Asuhan Keperawatan Keluarga

Bab 12 Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kata sempurna, sehingga saran dan perbaikan kami harapkan demi kesempurnaan buku ini, Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh tim penulis buku dan semua pihak yang turut membantu menyelesaikan buku ini, semoga buku Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga ini dapat bermanfaat, berguna bagi semua pembaca.

Mei, 2022

Penulis

Dian Yuniar Syanti Rahayu, dkk

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas	2
1.2.1 Konsep Komunitas	2
1.2.2 Definisi Keperawatan Komunitas	3
1.2.3 Sasaran Pelayanan Keperawatan Komunitas	4
1.2.4 Tujuan Keperawatan Komunitas	5
1.2.5 Paradigma Keperawatan Komunitas	6
1.2.6 Fungsi Keperawatan Komunitas	7
1.2.7 Peran Perawat Komunitas	8
1.2.8 Perbedaan keperawatan komunitas dan keperawatan di Rumah sakit ..	8
1.2.9 Model Praktek Keperawatan Komunitas	9

Bab 2 Teori dan Model Praktik Keperawatan Komunitas

2.1 Pendahuluan	11
2.2 Model Konseptual menurut Florence Nightingale (1859)	12
2.3 Model Self Care (Dorothea E.Orem, 1971)	13
2.4 Model Sistem (Imogene M.King, 1971)	15
2.5 Model Adaptasi (Calista Roy, 1976)	15
2.6 Model Health Care System (Betty Neuman, 1972)	16
2.7 Model Konseptual (Virginia Henderson, 1966)	18
2.8 Model Konseptual (Marta E.Rogers, 1970)	19
2.9 Model Konseptual Johnson	19

Bab 3 Keperawatan Kesehatan Kerja

3.1 Pendahuluan	21
3.2 Pengertian Dan Tujuan Keperawatan Kesehatan Kerja	22
3.3 Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Pekerja	23
3.4 Peran dan Fungsi Perawat Kesehatan Kerja	24
3.5 Penatalaksanaan Keperawatan Kesehatan Kerja di Masyarakat	25

Bab 4 Keperawatan Kesehatan Keluarga

4.1	Pendahuluan.....	29
4.2	Alasan Keluarga sebagai unit Pelayanan.....	30
4.3	Tugas Kesehatan Keluarga.....	31
4.4	Tujuan Keperawatan Kesehatan Keluarga.....	33
4.4.1	Tujuan Perawatan Individu dalam Konteks Keluarga.....	33
4.4.2	Prinsip Keperawatan Kesehatan Keluarga.....	34
4.4.3	Hambatan dalam Kesehatan Keperawatan Keluarga.....	35
4.5	Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga.....	36
4.5.1	Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga Sebagai Kontek (Family as Context).....	36
4.5.2	Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga Sebagai Klien (Family as Client).....	36
4.5.3	Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga Sebagai Sistem (Family as System).....	36
4.5.4	Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga Sebagai Komponen Sosial (Family as Component of Society).....	37
4.6	Indikator Keluarga Sehat.....	37
4.7	Keluarga Berisiko.....	38

Bab 5 Etika Keperawatan Komunitas

5.1	Pendahuluan.....	41
5.2	Etika Keperawatan.....	43
5.2.1	Otonomi.....	43
5.2.2	Non Maleficence.....	44
5.2.3	Beneficence.....	44
5.2.4	Justice.....	45
5.2.5	Confidentiality.....	45
5.2.6	Veracity.....	46
5.2.7	Fidelity.....	46
5.2.8	Accountability.....	47
5.3	Kode Etik Keperawatan Indonesia.....	47
5.3.1	Perawat dan Klien.....	48
5.3.2	Perawat dan Praktek.....	49
5.3.3	Perawat dan Masyarakat.....	49
5.3.4	Perawat dan Teman Sejawat.....	50
5.3.5	Perawat dan Profesi.....	50

Bab 6 Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas

6.1 Pendahuluan.....	51
6.2 Peran Perawat dalam Keperawatan Komunitas	52
6.3 Pembaharuan (Change Agent)	57
6.4 Fungsi Perawat Komunitas	58

Bab 7 Promosi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Primer

7.1 Pendahuluan.....	61
7.2 Promosi Kesehatan	62
7.2.1 Pengertian Promosi Kesehatan	62
7.2.2 Tujuan dan strategi promosi kesehatan	63
7.2.3 Sasaran Promosi Kesehatan	66
7.2.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	66
7.3 Pelayanan Kesehatan Primer	70
7.3.1 Pengertian Pelayanan Kesehatan Primer.....	70
7.3.2 Unsur PHC.....	72
7.3.3 Prinsip Dasar PHC	72
7.3.4 Program PHC	72
7.3.5 Tujuan PHC.....	73
7.3.6 Fungsi PHC	73
7.3.7 Ciri-ciri PHC.....	73
7.3.8 Tanggung jawab Perawatan dalam PHC.....	74
7.3.9 Perkembangan Primary Health Care di Indonesia.....	74

Bab 8 Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

8.1 Pendahuluan.....	77
8.2 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga	78
8.3 Faktor Yang Memengaruhi Keperawatan Keluarga.....	79
8.4 Tujuan Perawatan Kesehatan Keluarga.....	80
8.5 Fungsi Keperawatan Keluarga	81
8.6 Peran Perawat Keluarga.....	82
8.7 Praktek pelayanan keperawatan keluarga.....	84
8.7.1 Karakteristik praktik keperawatan keluarga.....	84
8.7.2 Faktor peningkatan perkembangan keperawatan keluarga.....	85
8.7.3 Tingkatan praktik keperawatan keluarga	85
8.8 Stres dan Koping keluarga.....	87
8.9 Teori Krisis Keluarga Menurut Hill (1949).....	89
8.10 Strategi Koping keluarga	90

Bab 9 Struktur dan Fungsi Keluarga

9.1 Pendahuluan.....	93
9.2 Struktur Keluarga	94
9.2.1 Macam-macam Struktur Keluarga	94
9.2.2 Dominasi Struktur Keluarga.....	95
9.2.3 Ciri-ciri Struktur Keluarga.....	96
9.2.4 Gambaran Struktur Peran	97
9.3 Fungsi keluarga.....	103
9.3.1 Macam-Macam Fungsi Keluarga	103
9.3.2 Penilaian Fungsi Keluarga.....	105

Bab 10 Tahap-Tahap Keluarga dan Tugas Perkembangan Keluarga

10.1 Tahapan Perkembangan Keluarga	107
--	-----

Bab 11 Peran dan Fungsi Perawat dalam Asuhan Keperawatan Keluarga

11.1 Pendahuluan.....	117
11.2 Peran dan Fungsi Perawat dalam Asuhan	118

Bab 12 Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga

12.1 Pendahuluan.....	127
12.2 Pengertian Pendidikan Kesehatan	128
12.3 Pengertian Pendidikan Kesehatan Keluarga.....	129
12.4 Tujuan Pendidikan Kesehatan Keluarga.....	129
12.5 Tahap-Tahap Pendidikan Kesehatan Keluarga.....	131
12.6 Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga	132
12.6 Langkah-Langkah Dalam Pendidikan Kesehatan keluarga	134
12.8 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Keberhasilan dalam Pendidikan Kesehatan Keluarga	136
12.9 Tingkat Pencegahan Dalam Keluarga	137
12.10 Metode Pendidikan Kesehatan Keluarga	138
12.11 Pentingnya Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga	139

Daftar Pustaka	141
----------------------	-----

Biodata Penulis	151
-----------------------	-----

Daftar Gambar

Gambar 8.1: Teori stres dari Hill	89
Gambar 11.1: Peta Konsep Keperawatan Keluarga.....	125

Bab 1

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

1.1 Pendahuluan

Berbagai permasalahan kesehatan utama di Indonesia di antaranya masih tingginya Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Ibu, munculnya penyakit baru (New Emerging Disease) seperti : flu burung, SARs. Flu babi, sampai kejadian pandemi saat ini yaitu Covid 19, dan muncul Kembali (re emerging disease) seperti TB Paru, Polio, Campak, serta meningkatnya penyakit penyakit degenerative.

Isu isu masalah Kesehatan masyarakat dimasa lalu adalah penyakit infeksi dan menular sehingga menjadi permasalahan bagi Kesehatan masyarakat. Saat ini telah terjadi transisi epidemiologi di mana bukan hanya masalah infeksi dan penyakit menular saja akan tetapi penyakit tidak menular, hormonal dan keganasan menjadi permasalahan bagi kesehatan masyarakat ditambah dengan kejadian kejadian bencana baik bencana alam dan kecelakaan sehingga menjadi beban ganda dalam upaya menyelesaikan berbagai masalah Kesehatan masyarakat yang ada saat ini.

Keperawatan komunitas (community health nursing) pertama kali dikenal sejak tahun 1970 yang merupakan kelanjutan dari sejarah keperawatan

kesehatan publik (public health nursing) terutama berkembang di daratan Eropa dan Amerika. Para perawat bekerja di klinik-klinik berbasis masyarakat (community-based clinics), merupakan koordinasi dalam menangani berbagai kasus-kasus kesehatan di masyarakat dengan melibatkan berbagai disiplin keilmuan yang ada. Di Indonesia di kenal dengan nama perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) yang dimulai sejak permulaan konsep Puskesmas diperkenalkan sebagai institusi pelayanan kesehatan Indonesia.

Keperawatan Kesehatan masyarakat (perkesmas) yang terintegrasi pada upaya Kesehatan Puskesmas termasuk upaya Kesehatan wajib dan juga sebagai upaya pengembangan mampu menjawab tuntutan masyarakat akan permasalahan yang dihadapi (Farida, 2014).

Perawat sebagai ujung tombak dan garda terdepan dalam memberikan pelayanan pada masyarakat yang memberikan pelayanan secara langsung dalam upaya meningkatkan Kesehatan dari individu, keluarga maupun masyarakat (Kemenkes RI, 2006)

Sesuai dengan tujuan dari pembangunan kesehatan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang sehingga bisa terwujud derajat Kesehatan yang optimal maka perawat berperan penting dalam upaya mencapai tujuan tersebut dengan menggunakan asuhan keperawatan komunitas secara profesional dengan selalu melakukan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keilmuannya.

1.2 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

1.2.1 Konsep Komunitas

Komunitas adalah satu kesatuan hidup manusia yang menenmpati wilayah nyata dan berinteraksi menurut sistem adat istiadat serta terikat dibatasi wilayah geografi (I Ketut Swarjana, 2017)

Komunitas adalah sekumpulan orang yg saling bertukar pikiran pengalaman penting dalam hidupnya (Spradley, 1985)

Menurut WHO komunitas adalah Sekelompok individu yang tinggal pada wilayah tertentu, yg memiliki nilai nilai keyakinan dan minat yg relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan.

Komunitas adalah sekelompok individu yang tinggal, menetap, berinteraksi, memiliki nilai dan norma serta budaya dalam suatu tempat yang sama dan berkomunikasi secara terus menerus di dalam kelompoknya tersebut.

1.2.2 Definisi Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas sebagai aspek keperawatan merupakan kombinasi antara keperawatan serta kesehatan masyarakat (public health) dengan sokongan kedudukan dan warga dengan cara aktif dan mengutamakan jasa promotif serta melindungi dengan cara berkelanjutan tanpa melalaikan pemeliharaan kuratif serta rehabilitatif dengan cara global serta terstruktur yang tertuju pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai satu kesatuan yang utuh lewat cara keperawata(nursing process) untuk tingkatkan kehidupan individu secara maksimal, sehingga mampu mandiri dalam upaya menanggulangi masalah kesehatannya (Wahit Iqbal Mubarak, Nurul Chayatin, 2012).

Perawatan kesehatan komunitas adalah kombinasi dari praktik keperawatan dan praktik kesehatan komunitas. Sebuah acara yang menjawab kebutuhan klien keadilan sosial, di mana setiap orang diberdayakan untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka, seperti pendapatan yang memadai dan asuransi kesehatan, dan untuk memikul beban kolektif (Ns. Komang Ayu Herny Achjar, 2011).

WHO (1959) keperawatan komunitas khusus yang merupakan gabungan ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan kesehatan masyarakat secara kesehatan, penyempurnaan kondisi rehabilitasi, pencegahan penyakit,

Nurses Association (ANA) pada tahun 2004 keperawatan komunitas sebagai tindakan untuk kesehatan dari populasi dengan dpengetahuan sesuai dengan pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan pendekatan pada kelompok risiko tinggi dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dalam pelayanan keperawatan (Spradley, 1985; Logan & Dawklin, 1987, dikutip dari Sahar, J, 1999).

Kesatuan yang unik dari praktek keperawatan dan kesehatan masyarakat yang ditujukan kepada pengembangan dan peningkatan kemampuan kesehatan baik diri sendiri sebagai perorangan maupun secara kolektif sebagai keluarga, kelompok khusus / masyarakat dan pelayanan tersebut mencakup spectrum pelayanan kesehatan untuk masyarakat (Freeman, 1981).

Suatu sintesa dari praktek keprawatan dan praktek kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan penduduk (ANA, 1973).

Keperawatan komunitas adalah perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat. mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal, sehingga mandiri dalam upaya kesehatannya (Widyanto, 2014).

Keperawatan komunitas merupakan gabungan antara ilmu keperawatan dan ilmu kesehatan masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat secara profesional baik sehat maupun sakit dengan pendekatan intervensi baik preventif, promotif, kuratif dan resosiatif sehingga mampu secara mandiri dalam upaya penyelesaian masalah kesehatannya.

1.2.3 Sasaran Pelayanan Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok yang berisiko tinggi, seperti keluarga penduduk didaerah kumuh, daerah terisolasi, dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil (Jum Panata, 2018).

Sasaran perawatan kesehatan komunitas adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik yang sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan/perawatan:

1. Individu
2. Keluarga
3. Kelompok khusus

- a. Kelompok khusus dengan kebutuhan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhannya, seperti: Ibu hamil, Bayi baru lahir, retardasi mental.
 - b. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan, di antaranya adalah: Penderita penyakit menular, seperti TB Paru, lepra, Kusta, AIDS, penyakit kelamin dan Penderita dengan penyakit tak menular, seperti: penyakit diabetes, hipertensi, jantung koroner, cacat fisik, gangguan mental dsb.
 - c. Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit, di antaranya: Wanita tuna susila, Kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba, Kelompok-kelompok pekerja tertentu, pekerja pabrik yang abai APD, nelayan, pekerja tambang dll
 - d. Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi, di antaranya adalah: Panti wredha, Panti asuhan, Pusat-pusat rehabilitasi (cacat fisik, mental dan sosial), Penitipan balita
 - e. Kelompok institusi : Lapas, Sekolah, pabrik.
4. Masyarakat
- Masyarakat yang menjadi sasaran dari keperawatan komunitas adalah masyarakat yang rentan terhadap kejadian penyakit baik menular maupun tidak menular, angka kematian yang tinggi, kejadian wabah dan kejadian luar biasa, cakupan pelayanan kesehatan yang rendah, rentan terhadap bencana dan daerah terpencil dengan akses yang sulit. (Deden Derawan, 2012)

1.2.4 Tujuan Keperawatan Komunitas

1. Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri. (marilyn M Friedman, Vicjy R Bowden, 2002)

2. Tujuan Khusus

- a. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat

- b. Meningkatnya kemampuan Individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.
- c. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.
- d. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan dirumah, di panti, dan di masyarakat.
- e. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
- f. Terlayannya kasus- kasus tertentu yang termasuk kelompok risiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di puskesmas.
- g. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat yang optimal (R.Fallen & R.Budi Dwi K, 2011)

1.2.5 Paradigma Keperawatan Komunitas

Asumsi dasar dari keperawatan komunitas yaitu system pelayanan Kesehatan berifat kompleks dan *biopsikososial* dan *cultural* di mana pelayanan kessehatan berfokus kepada tiga level intervensi yaitu primer, sekunder dan tersier, keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan Kesehatan dengan menggunakan Pendidikan dan penelitian sebagai *evidence based practice* termasuk keunikan budaya setempat sebagai landasan praktik keperawatan serta berfokus pada keperawatan primer.

Keyakinan keperawatan komunitas pelayanan keperawatan tersedia, terjangkau dan dapat diterima oleh seluruh lapisan masyarakat dengan melibatkan penerima pelayanan keperawatan bekerja sama antara perawat dan klien, memperhatikan bagaimana pengaruh lingkungan yang perlu diantisipasi dalam upaya pencegahan penyakit sehingga kesehatan merupakan tanggung jawab dari setiap individu (Anderson, T Elizabet, Mc Farlane, 2006)

Paradigma keperawatan komunitas :

1. Manusia
Manusia sebagai sasaran pelayanan pelayanan asuhan keperawatan yang dapat di bedakan menjadi individu, keluarga, kelompok, masyarakat.
2. Kesehatan
Kemandirian, peran efektif, adaptif secara klinis terhindar dari penyakit. Ada 4 faktor yang bisa memengaruhi kesehatan yaitu faktor lingkungan, faktor perilaku manusia, pelayanan kesehatan dan keturunan.
3. Lingkungan
Lingkungan dapat memengaruhi status kesehatan individu. Dalam lingkungan meliputi biologis, psikologis, sosial, budaya, adat istiadat dari lingkungan tersebut.
4. Pelayanan keperawatan
Pelayanan keperawatan diarahkan kepada pencegahan primer, sekunder dan tertier dengan menerapkan proses asuhan keperawatan dengan intervensi ke arah promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, resoliatif.

1.2.6 Fungsi Keperawatan Komunitas

1. Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
2. Agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dibidang kesehatan.
3. Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien serta melibatkan peran serta masyarakat.
4. Agar masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan yang cepat dan pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan (Mubarak, 2006).

1.2.7 Peran Perawat Komunitas

1. Care giver
2. Role model
3. Penemu kasus
4. Konselor
5. Pendidik
6. Koordinator
7. Peneliti
8. Advokat
9. Pemodelifikasi lingkungan
10. Pembaharu
11. Manajer kasus (maryani, 2014)

1.2.8 Perbedaan keperawatan komunitas dan keperawatan di Rumah sakit

Perbedaan pelayanan keperawatan komunitas dan keperawatan klinis yaitu dimasyarakat diterapkan manajemen kasus sedangkan di RS menerapkan manajemen asuhan keperawatan, proporsi perawat di tatanan masyarakat (wahit iqbal mubarak, 2009).

Rumah Sakit :

1. Fokus pada perawatan klien di Rumah Sakit
2. Pelayanan keperawatan bersifat kejadian kasus (episodic)
3. Bekerja pada unit/spesialisasi tertentu
4. Bekerja pada suatu RS/Institusi
5. Koordinasi keperawatan dengan institusi/agensi
6. Merencanakan dan memberikan perawatan bersifat individu
7. Membatasi otonomi klien dengan lingkungan RS
8. Observasi yang terbatas pada interaksi keluarga dan indikator Kesehatan yang lain
9. Hubungan yang formal menciptakan lingkungan terbatas untuk klien dengan RS
10. Terbatas hubungan

Komunitas :

1. Berfokus pada keluarga komunitas dan kelompok (termasuk kelompok berisiko)
2. Memberikan pelayanan keperawatan yang terdistribusi
3. Bekerja pada semua kondisi sehat sakit pada berbagai tatanan pelayanan Kesehatan
4. Bekerja dengan semua institusi yang terkait komunitas dan hasil Kesehatan
5. Koordinasi pelayanan dengan berbagai tenaga komunitas (medis maupun non Medis)
6. Merencanakan dan memberi pelayanan perawatan yang berfokus pada keluarga
7. Mendorong otonomi dan kontrol keluarga kecuali kasus penyakit menular
8. Mengobservasi berbagai faktor yang bisa memengaruhi Kesehatan
9. Membina hubungan intim dengan klien yang tidak ketat
10. Memanfaatkan fasilitas hubungan

1.2.9 Model Praktek Keperawatan Komunitas

Teori keperawatan berkaitan dengan kesehatan masyarakat menjadi acuan dalam mengembangkan model keperawatan komunitas adalah teori Betty Neuman (1972) dan Model Keperawatan Community as Partner (2000). Model Neuman memandang klien sebagai sistem yang terdiri dari berbagai elemen meliputi sebuah struktur dasar, garis kekebalan, garis pertahanan normal dan garis pertahanan fleksibel (Neuman, 1994).

Perawatan komunitas berfokus pada peningkatan dan mempertahankan kesehatan, pendidikan dan manajemen di dalam lingkungan klien (Potter PA & Perry AG, 2005)

Tujuan utama keperawatan kesehatan komunitas adalah untuk mempertahankan kesehatan komunitas dan populasi sekitarnya dengan berfokus pada promosi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan pada individu; keluarga; dan kelompok di dalam masyarakat. Dengan demikian, keperawatan kesehatan komunitas berhubungan dengan kesehatan dan identifikasi populasi

berisiko daripada dengan suatu episode respons terhadap kebutuhan klien (Junaiti Sahar, Agus Setiawan, 2019).

Asuhan keperawatan komunitas itu sendiri rangkaian prosesnya dimulai dari awal tahap pengkajian sampai evaluasi, di mana diharapkan terjadi alih peran sehingga peran perawat yang lebih banyak berangsur-angsur berkurang digantikan meningkatnya kemandirian masyarakat sebagai klien. Terwujudnya kemandirian masyarakat untuk menyelesaikan masalah kesehatan dapat dicapai dengan pengorganisasian masyarakat karena peran serta masyarakat di dalamnya akan meningkat.

Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontiniu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. (Stanhope & Lancaster, 2012).

Survei sapuan angin merupakan pendekatan mikro di mana dirancang untuk membantu perawat dalam mengidentifikasi data yang akan dapat membantu dalam menentukan masalah yang ada di komunitas tersebut dan pendekatan makro di mana dirancang suatu detail pertanyaan yang terarah dan terukur (Marcia Stanhope, 1997).

Pengkajian komunitas adalah bagian utama dalam melakukan asuhan keperawatan komunitas di mana mempunyai 2 bagian utama yaitu core dan 8 subsistem. Pengkajian *core*/inti adalah *core*: komunitas, sejarah/riwayat, data demografi, jenis rumah tangga, vital statistik, *value*, *belief*, *religion* dan status pernikahan. Pengkajian 8 subsistem komunitas adalah pengkajian fisik, pelayanan kesehatan dan sosial, ekonomi, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan dan rekreasi (wahit iqbal mubarak, 2009)

Perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dilakukan sesuai dengan tahapan dari asuhan keperawatan komunitas yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Bab 2

Teori dan Model Praktik Keperawatan Komunitas

2.1 Pendahuluan

Menurut Bender and Feldman, profesi keperawatan ditantang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan kualitas perawatan kesehatan dan mengidentifikasi model perawatan yang konsisten untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup pasien. Pengetahuan mengenai keperawatan tentang sifat kesehatan dan pengalaman masyarakat tentang sehat dan sakit menjadikan profesi keperawatan memiliki posisi yang baik untuk mengembangkan dan menerapkan teori dan model perawatan yang dapat memenuhi kualitas dan keselamatan masyarakat. Paradigma keperawatan terdiri dari keperawatan, kesehatan, klien dan lingkungan mendefinisikan fokus profesi keperawatan untuk memberikan dasar pengetahuan, teori, dan praktik keperawatan (Bender and Feldman, 2015)

Tujuan utama dari teori teori keperawatan adalah untuk memperbaiki dan sebagai panduan dalam melaksanakan praktik keperawatan untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan masyarakat (Nies and McEwen, 2014). Tujuan keperawatan khususnya keperawatan komunitas yaitu mengoptimalkan kesehatan baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat. Fokus

utama keperawatan komunitas adalah kemampuan untuk meningkatkan kesehatan dan pencegahan terhadap berbagai masalah kesehatan, upaya pengobatan dan perawatan serta pemulihan bagi yang sakit maupun dalam kondisi pemulihan (Windagdo, 2016).

Peneliti dalam bidang keperawatan melalui karya ilmiah dan kreatif menghasilkan teori yang luas dan abstrak yang menjelaskan tentang keperawatan dan bagaimana memengaruhi individu, keluarga, dan komunitas. Teori ini disebut dengan grand theory atau disebut dengan model konseptual sebagai dasar untuk membangun pengetahuan perawat. Model keperawatan merupakan sarana visual yang bertujuan untuk mengatur hubungan antara perawat komunitas dengan klien, keluarga, kelompok, dan komunitas, perawat dengan lingkungan atau faktor stress yang dialami (Allender, Rector, 2010). Baik teori dan model telah dikembangkan untuk menjelaskan dan memandu praktik keperawatan khususnya keperawatan kesehatan komunitas. Ada banyak teori dan model keperawatan seperti model konseptual menurut Florence Nightingale, model Self Care menurut Dorothea E.Orem, model sistem menurut Imogene M.King, model adaptasi menurut Callista Roy, model health care sistem menurut Betty Neuman, model konseptual menurut Virginia Henderson, model konseptual Martha E.Rogers, model konseptual Johnson, model konseptual Orlando.

2.2 Model Konseptual menurut Florence Nightingale (1859)

Florence Nightingale menekankan pengaruh lingkungan terhadap pasien yang dikenal dengan istilah *environmental*. Teori lingkungan Florence Nightingale sangat penting untuk keperawatan secara umum dan komunitas secara khusus, dikarenakan berfokus pada pencegahan penyakit pada populasi. Komponen lingkungan yaitu dengan konsep ventilasi, kehangatan, cahaya, diet, kebersihan, dan kebisingan (Allender, Rector and Warner, 2010; Alligood, 2014). Ventilasi yang merupakan perhatian terbesar dari Florence Nightingale, sehingga beliau menyatakan tugasnya kepada perawat adalah menjaga udara yang dia hirup dari luar. Perawat diinstruksikan untuk memanipulasi lingkungan untuk menjaga ventilasi dan kehangatan pasien dengan

menggunakan api yang baik, membuka jendela, dan memposisikan pasien dengan benar di dalam ruangan (Alligood, 2014)

Florence Nightingale memanfaatkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan. Perawat komunitas berusaha memberikan bantuan asuhan berupa pemberian udara yang bersih dan segar, penerangan (lampu) yang tepat, kenyamanan lingkungan, kebersihan, keamanan dan keselamatan, serta pemberian nutrisi (gizi) yang adekuat. Pelaksanaan asuhan keperawatan diupayakan secara mandiri tanpa bergantung pada profesi lain. Kesehatan dilihat dari fungsi interaksi antara perawat, manusia dan lingkungan. Keperawatan berkontribusi secara langsung atau tidak langsung untuk mempertahankan kesehatan manusia melalui manajemen manusia dan lingkungan (Zulkahfi, Supinganto, 2015).

2.3 Model Self Care (Dorothea E.Orem, 1971)

Dorothea Orem merupakan seorang perawat administrator dan perawat pendidik yang teorinya difokuskan pada *self care* (perawatan diri, perawatan mandiri). Tujuan teori ini yaitu untuk meningkatkan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan. Orem juga mengatakan bahwa orang-orang yang membutuhkan asuhan keperawatan merupakan orang yang kurang atau tidak dapat melakukan perawatan diri (Allender, Rector, 2010).

Komponen kebutuhan dasar *self care* antara lain 1) Pemeliharaan dengan cukup pengambilan udara, 2) Pemeliharaan dengan cukup pengambilan air, 3) Pemeliharaan dengan cukup pengambilan makanan, 4) Pemeliharaan proses eliminasi, 5) Pemeliharaan dengan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, 6) Pemeliharaan dengan keseimbangan antara kesendirian dengan interaksi sosial, 7) Pencegahan risiko pada kehidupan manusia dan keadaan sehat manusia, 8) Perkembangan dalam kelompok sosial dengan potensi, pengetahuan, dan keinginan manusia (Zulkahfi, Supinganto, 2015).

Kebutuhan *self care* ada tiga jenis yaitu :

1. Universal self care

Aktivitas perawatan diri penting dilakukan untuk memenuhi kebutuhan fisiologis dan psikososial. Misalnya air, udara, makanan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, serta interaksi sosial. Ketika kebutuhan tersebut dapat terpenuhi, maka kesehatan di komunitas akan tercapai.

2. Developmental self care

Aktivitas yang diperlukan untuk membantu orang maju secara perkembangan, seperti kehidupan menjadi lebih dewasa. Ketika kebutuhan *self care* terpenuhi maka komunitas juga akan bersikap dewasa dalam menyelesaikan masalah.

3. Health deviation self care (penyimpangan kesehatan)

Aktivitas yang diperlukan untuk membantu orang menghadapi tingkat kesejahteraan yang menurun atau kemampuan komunitas untuk bertahan karena adanya suatu penyakit yang mengakibatkan gangguan pada fungsi struktur, fisiologis, dan psikologis (Allender, Rector, 2010).

Kategori bantuan dalam keperawatan *self care*:

1. Sistem bantuan secara maksimal/penuh (Wholly Compensatory System)
2. Bantuan yang diberikan oleh perawat kepada pasien secara keseluruhan (Total Care)
3. Sistem bantuan sebagian (Partially Compensatory Sistem)
4. Bantuan yang diberikan perawat kepada pasien secara sebagian (Partial Care)
5. Sistem Supportif dan Edukatif (Supportif Educative)

Dukungan pendidikan dibutuhkan oleh pasien yang memerlukan bantuan untuk mempelajari agar mampu melakukan asuhan keperawatan mandiri (Zulkahfi, Supinganto, 2015).

Model Orem dapat diterapkan pada keperawatan komunitas, walaupun secara teori berfokus pada individu. Populasi dan komunitas merupakan suatu

seperangkat tindakan perawatan diri secara kolektif dan persyaratan yang memengaruhi kesejahteraan kelompok. Menurut interpretasi, bahwa tujuan dari perawatan kesehatan komunitas adalah untuk mempromosikan kemandirian kolektif komunitas dan kemampuan dalam melakukan perawatan diri (Allender, Rector, 2010).

2.4 Model Sistem (Imogene M.King, 1971)

Imogene King merupakan lulusan keperawatan dan pendidik yang merupakan salah satu ahli teori keperawatan awal yang memberikan model konseptual keperawatan. King merumuskan teori pencapaian tujuan (*goal attainment theory*) yang berasal dari model sistem umum yang menunjukkan keterkaitan antara sistem sosial, interpersonal dan personal. Dasar dari teori ini adalah disetiap pertemuan perawat dengan klien, masing-masing diarahkan kepada tujuan dan harapannya sendiri. Keberhasilan optimal pada pencapaian tujuan ketika perawat dan klien bekerja sama untuk menetapkan tujuan, sehingga dapat memahami harapan dari keduanya. Teori King sebagai pengingat akan pentingnya hubungan dua arah antara perawat dan klien. *Negosiasi* merupakan keterampilan yang melekat pada teori. Di awal, perawat mengenal kebutuhan dan tujuan klien, sehingga perawat komunitas dapat membantu memelihara atau meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan klien (Allender, Rector, 2010).

2.5 Model Adaptasi (Calista Roy, 1976)

Model adaptasi adalah bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatan dengan mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku maladaptif. Individu atau manusia *holistic adaptive system* selalu beradaptasi secara keseluruhan. Dapat disimpulkan bahwa tujuan dari aplikasi model konseptual menurut Roy adalah untuk mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku maladaptif pada komunitas.

Kunci utama dari model adaptasi Calista Roy :

1. Manusia sebagai makhluk biologis, psikologis dan sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya.
2. Manusia sebagai makhluk individu dapat meningkatkan kesehatannya dengan mempertahankan perilaku yang adaptif dan mengubah perilaku yang maladaptif.
3. Agar terjadi homeostatis atau terintegrasi seseorang harus beradaptasi sesuai perubahan yang terjadi.
4. Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada seseorang (manusia) yaitu: a) Focal stimulation adalah stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat terhadap seorang individu; b) Contextual stimulation, merupakan stimulus lain yang dialami seseorang baik stimulus internal maupun eksternal yang dapat memengaruhi, di observasi dan diukur secara subjektif; c) Residual stimulation, merupakan stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan stimulasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sulit dilakukan observasi.
5. Sistem adaptasi memiliki empat faktor atau model adaptasi yaitu a) fungsi/fisiologis; b) konsep diri; c) fungsi peran; d) interdependent.

Individu harus mampu meningkatkan energi guna beradaptasi sehingga mampu melaksanakan tujuan untuk kelangsungan kehidupan, perkembangan, reproduksi, dan keunggulan. Tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan kesehatan seseorang dengan meningkatkan respons adaptif (Zulkahfi, Supinganto, 2015).

2.6 Model Health Care System (Betty Neuman, 1972)

Betty Neuman adalah seorang pemimpin di keperawatan kesehatan jiwa dan pendidikan keperawatan yang mengusulkan model sistem yang dapat disesuaikan untuk melihat keseluruhan klien. Pada model ini, manusia dipandang sebagai suatu sistem terbuka yang secara konstan berinteraksi

secara timbal balik dengan lingkungannya. Keseluruhan sistem dibentuk dari lima variabel yaitu fisiologis, psikologis, sosiokultural, spiritual, dan perkembangan. Melalui variabel ini, setiap sistem saling berespons dengan unik terhadap stres dan ketegangan yang muncul yang menghasilkan rangsangan sehingga menyebabkan disequilibrium atau penyakit (Allender, Rector, 2010).

Model Neuman ini juga dikembangkan berdasarkan filosofi pelayanan kesehatan utama (primary health care), dikarenakan komunitas dipandang sebagai klien yang meliputi individu, keluarga, komunitas, kelompok lainnya sebagai sistem terbuka (meliputi fungsi, input, output, feedback). Konsep utama dari model ini merupakan suatu pendekatan secara menyeluruh yaitu sistem terbuka, lingkungan, sistem klien (meliputi lima variabel klien, struktur dasar, garis resisten, garis pertahanan normal, dan garis pertahanan fleksibel, kesehatan (kesejahteraan terhadap sakit), stresor, pencegahan sebagai intervensi (tiga tingkatan), dan pemulihan (Alligood, 2014).

Pandangan model Neuman terhadap paradigma keperawatan :

1. Keperawatan

Keperawatan memandang manusia secara utuh agar dapat mempertahankan kelima variabel yang memengaruhi reaksi klien terhadap stresor yang terjadi. Melalui model ini perawat dapat membantu individu, keluarga, kelompok, dan komunitas untuk mencapai dan mempertahankan kesejahteraan total, menjaga kestabilan lingkungan dengan melakukan pencegahan primer untuk garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk garis pertahanan normal, dan pencegahan tersier untuk pertahanan resisten.

2. Lingkungan

Lingkungan merupakan kekuatan internal dan eksternal yang mengelilingi klien, memengaruhi dan dipengaruhi oleh klien kapan saja yang memiliki keseimbangan dan keharmonisan hubungan. Stresor lingkungan terdiri dari tipe kekuatan yaitu intrapersonal, interpersonal, dan ekstrapersonal. Intrapersonal adalah kekuatan yang berasal dari dalam diri individu yang menjelaskan tentang kepribadian, konsep diri dari pada klien terhadap respon kondisi. Interpersonal merupakan pengaruh dari satu individu/keluarga atau

lebih terhadap sistem. Kekuatan ekstrapersonal terjadi diluar sistem, individu atau keluarga, tetapi dapat memengaruhi sistem komunitas.

3. Manusia

Manusia adalah sistem terbuka yang berinteraksi secara dinamis dan tetap terhadap respon stresor baik dari lingkungan internal maupun lingkungan eksternal. Manusia juga dipandang sebagai holistik (fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual) yang tidak dapat dipisahkan.

4. Kesehatan

Kesehatan merupakan rangkaian dari kesejahteraan hingga penyakit yang sifatnya dinamis. Kesehatan optimal terjadi ketika kebutuhan total sistem terpenuhi sepenuhnya. Kesehatan juga merupakan pertahanan keseimbangan terhadap stresor dan keharmonisan antara bagian keseluruhan komunitas. Model ini juga menjelaskan bahwa sehat adalah respon sistem terhadap stresor yang dilihat dari satu core (inti) lingkaran konsentris dengan tiga garis pertahanan dan lima variabel yang saling memengaruhi (Alligood, 2014); Amalia and Wildani, 2014; Widagdo, 2016).

2.7 Model Konseptual (Virginia Henderson, 1966)

Model konseptual keperawatan yang dikemukakan oleh Virgia Henderson adalah model konsep *need based* atau aktivitas hidup sehari-hari (activity daily living model) (Zulkahfi, Supinganto, 2015).

Konsep Aktivitas *Daily Living* (ADL) adalah 1) Bernapas secara normal; 2) makan minum sesuai kebutuhan; 3) Eliminasi; 4) Istirahat tidur; 5) membuka dan memakai pakaian; 6) Suhu tubuh normal; 7) Bergerak; 8) Memelihara kebersihan tubuh; 9) Mencegah kecelakaan dan bahaya; 10) Berkomunikasi; 11) Beribadah; 12) Bermain dan berekreasi; 13) Bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya; 14) Belajar dan memuaskan keingintahuannya (Zulkahfi, Supinganto, 2015).

2.8 Model Konseptual (Marta E. Rogers, 1970)

Manusia merupakan satu kesatuan yang utuh serta memiliki sifat dan karakter yang berbeda. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungannya serta dapat memengaruhi satu sama lain. Dalam proses kehidupannya, manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan masing-masing. Dengan kata lain, setiap individu berbeda atau dengan yang lain. Konsep Martha E Rogers ini dikenal dengan konsep manusia sebagai unit. Dengan demikian teori ini dapat dipergunakan untuk mengidentifikasi perilaku yang ada di masyarakat, di mana jika perilaku mereka kurang baik, derajat kesehatan dalam komunitas akan menurun (Zulkahfi, Supinganto, 2015).

2.9 Model Konseptual Johnson

Johnson mengungkapkan pandangannya dengan menggunakan pendekatan system perilaku. Menurut Johnson komponen subsistem yang membentuk system perilaku manusia adalah: 1) Sumber dalam memelihara tingkat keutuhan dalam mencapai kesenangan atau pencapaian pengakuan dari lingkungan atau ingestif; 2) Achievement merupakan bentuk pencapaian prestasi melalui kemampuan keterampilan yang kreatif; 3) Agresif yaitu mekanisme pertahanan diri seseorang dari berbagai ancaman yang berasal dari lingkungan; 4) Seksualitas yaitu pemenuhan kebutuhan saling mencintai dan dicintai; 5) Eliminasi, merupakan bentuk pengeluaran segala sampah atau barang yang tidak dipergunakan kembali oleh manusia; 6) Pemenuhan kebutuhan tambahan dalam mempertahankan lingkungan yang kondusif dengan cara menyesuaikan kehidupan social, keamanan dan kelangsungan hidupnya; 7) Dependen adalah bagian yang membentuk system perilaku dalam mendapatkan bantuan, kedamaian, keamanan, serta kultur atau kepercayaan (Zulkahfi, Supinganto, 2015).

Bab 3

Keperawatan Kesehatan Kerja

3.1 Pendahuluan

Pola penyakit di Indonesia yaitu penyakit infeksi yang memang akan terus ada dan penyakit-penyakit non infeksi yang disebabkan oleh "non-living organism" atau "non-living contaminant" seperti zat-zat kimia, debu, panas, logam-logam berat, tekanan mental, perilaku hidup tak sehat dan lain-lain. Penyakit-penyakit tersebut antara lain berupa *pneumokoniosis*, kanker, gangguan *kardiovaskuler*, keracunan zat-zat kimia/logam berat, ketulian akibat bising, kecelakaan akibat kerja dan lain-lain. Sejalan dengan era industrialisasi, penyakit non infeksi, termasuk penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan dan penyakit akibat kerja akan meningkat sehingga perlu upaya antisipasi secara tepat waktu dan dapat mencapai seluruh sasaran. (Arumsari, Wulandari. dkk. 2022).

Perawat yang bekerja di perusahaan selain mempunyai pengetahuan dasar keperawatan, ia juga mempunyai aspek-aspek khusus dalam tugas mereka. Karena itu dikembangkan spesialisasi perawatan yang disebut dengan perawatan kesehatan kerja (*occupational health nursing*). Perawatan yang bekerja di perusahaan selain harus mahir dalam perawatan, ia juga harus mempunyai pengetahuan yang cukup tentang penyakit-penyakit akibat kerja, mengetahui cara pencegahan, diagnosis dini dan usaha usaha lain dalam memberantas penyakit akibat kerja. ia juga harus mengetahui faktor-faktor

yang menyebabkan hubungan kerja yang kurang baik, berkurangnya gairah kerja. Pekerjaan utama seorang perawat di perusahaan adalah melakukan promosi kesehatan dan keselamatan kerja.

Permasalahan tentang keselamatan dan kesehatan kerja tidak dapat dipisahkan dari permasalahan dari dunia industri, karena keselamatan dan kesehatan kerja berkaitan erat dengan peningkatan produksi dan produktivitas.

3.2 Pengertian Dan Tujuan Keperawatan Kesehatan Kerja

Pengertian Keperawatan kesehatan kerja atau *Occupational Health Nursing* (ONH) adalah cabang khusus dari keperawatan komunitas yang merupakan aplikasi dari konsep dan *frame work* dari berbagai disiplin ilmu (keperawatan, kedokteran, kesehatan masyarakat, ilmu sosial dan perilaku, prinsip-prinsip manajemen) yang bertujuan meningkatkan dan memelihara status kesehatan pekerja serta melindungi para pekerja dari kecelakaan kerja dan faktor risiko bahaya di tempat kerja (*health hazard*) dalam konteks lingkungan kerja yang sehat dan aman AAOHN (American association of occupational health nursing) (Arumsari, Wulandari. dkk. 2022).

Kesehatan kerja yaitu suatu ilmu yang penerapannya untuk meningkatkan kualitas hidup tenaga kesehatan kerja melalui peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit akibat kerja yang diwujudkan melalui pemeriksaan kesehatan, pengobatan dan asupan makanan yang bergizi (Jerusalem & Khayati, 2019).

Perawat kesehatan kerja (*Occupational Health Nursing*) adalah praktik spesialis yang ditujukan dan diberikan kepada para pekerja dan masyarakat pekerja yang difokuskan pada upaya promosi, prevensi, dan restorasi kesehatan pekerja dalam konteks keselamatan dan kesehatan lingkungan kerja (AAOHN, 1994). Merujuk dari pengertian diatas, bahwa asuhan keperawatan pada pekerja adalah praktik spesialis yang dilakukan oleh perawat yang kompeten dan mempunyai berbagai ketrampilan terkait kesehatan pekerja. Di Indonesia hal ini memang masih berkembang, belum banyak perusahaan mempunyai perawat kesehatan kerja yang bekerja seperti kualifikasi definisi diatas. Perawat yang ada saat ini bekerja di perusahaan yang sifatnya hanya

menunggu pasien di ruang periksa dan melakukan hal-hal yang bersifat kegawatan saja, dan kurang mengotimalkan upaya promotifnya. Oleh karenanya, inilah yang menjadi tanggung jawab perawat komunitas untuk melakukan pembinaan pada kelompok pekerja yang berada di wilayah binaannya (Chairani, 2015).

3.3 Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Pekerja

Berdasarkan aplikasi model Epidemiologi, hubungan antara pekerja dan status kesehatan dilihat berdasarkan tiga faktor yang saling memengaruhi, yaitu pekerja (*host*), lingkungan (*environment*) dan *health hazards*. Ketiga faktor yang saling berpengaruh tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Pekerja (*Host*)

Pekerja merupakan *host* pada populasi pekerja. *Host* memiliki karakteristik yang berhubungan dengan meningkatnya risiko untuk terpapar *health hazards* di tempat kerja. Karakteristik tersebut meliputi: (1) usia; (2) Jenis kelamin; (3) Memiliki atau tidak memiliki penyakit kronis; (3) Aktivitas di tempat kerja; (4) Status imunologi; (5) Etnik; (6) Gaya hidup.

2. Lingkungan (*environment*)

Faktor lingkungan adalah faktor-faktor yang memengaruhi interaksi antara *host* dan *agent* dan dapat menjadi mediasi antara *host* dan *agent*. Lingkungan digolongkan menjadi fisik dan psikologis. Lingkungan fisik berupa panas, bau, ventilasi yang memengaruhi interaksi *host* dan *agent*. Lingkungan fisik yang kurang nyaman menimbulkan ketegangan bagi pekerja serta memperberat risiko interaksi negatif antara *host* dan *agent*. Misalnya pekerja yang terpapar *health hazards* kimia berada di lingkungan kerja panas dan kurang ventilasi maka akan memperberat risiko timbulnya masalah kesehatan pekerja tersebut. Adapun lingkungan psikologis berhubungan dengan karakteristik tempat kerja meliputi hubungan

interpersonal dan karakteristik pekerjaan, berupa rendahnya otonomi, tingkat kepuasan kerja, serta pengawasan yang berlebihan

3. Faktor Risiko Bahaya Tempat Kerja (Health Hazards)

Health hazards berupa faktor kimia, fisika, biologi, *enviromechanical* dan psikologi, terdapat pada hampir semua bentuk institusi kerja (Permatasari, Henny. 2010).

3.4 Peran dan Fungsi Perawat Kesehatan Kerja

Pada beberapa dekade sebelumnya peran dan fungsi *Occupational Health Nursing* (OHN) hanya terfokus pada penanganan kasus kegawatdaruratan dan penyakit akut yang dialami pekerja di tempat kerja maka, saat ini peran dan fungsi OHN menjadi lebih luas dan kompleks mengidentifikasi 8 peran OHN. Kedelapan peran tersebut adalah: (1) Pemberi pelayanan kesehatan ; (2) Penemu kasus; (3) Pendidik kesehatan; (4) Perawat pendidik; (5) Pemberi layanan konseling; (6) Manajemen kasus; (7) Konsultan, serta (8) Peneliti (Permatasari, Henny. 2010).

Berdasarkan peran tersebut, maka fungsi OHN adalah: (1) Melakukan supervisi terhadap kesehatan pekerja; (2) Melakukan surveilens terhadap lingkungan kerja; (3) Mencegah terjadinya kecelakaan kerja; (4) Mencegah terjadinya penyakit akibat kerja; (5) Penatalaksanaan penyakit baik yang berhubungan maupun yang tidak berhubungan dengan pekerjaan, kecelakaan di tempat kerja, serta pelayanan kesehatan dasar; (6) Mengatur dan mengkoordinasikan upaya pertolongan pertama di tempat kerja; (7) Melakukan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit di tempat kerja; (8) Melakukan konseling untuk pekerja; (9) Melakukan upaya rehabilitasi untuk pekerja yang kembali bekerja setelah mengalami kecelakaan atau dirawat di rumah sakit; (10) Melakukan pencatatan dan pelaporan kesehatan kerja; (11) Melakukan penatalaksanaan terhadap manajemen pelayanan kesehatan kerja termasuk menetapkan perencanaan, pengembangan kebijakan, pendanaan, staffing dan; (12) melakukan tugas admininstrasi di unit kesehatan atau klinik kesehatan yang tersedia serta; (13) Melakukan riset keperawatan kesehatan kerja (Permatasari, Henny. 2010).

3.5 Penatalaksanaan Keperawatan Kesehatan Kerja di Masyarakat

Strategi intervensi keperawatan kesehatan kerja ada berbagai macam antara lain pendidikan kesehatan, proses kelompok, kemitraan/*partnership*, dan pemberdayaan masyarakat/*community empowerment*.

1. Strategi Intervensi Keperawatan Kesehatan Kerja dengan Pendidikan Kesehatan.

Pendidikan kesehatan dirancang sejak awal untuk memberikan promosi kesehatan tidak hanya difokuskan pada pekerja tetapi juga diberikan kepada keluarga pekerja. Keluarga memberikan kontribusi besar terhadap status kesehatan pekerja.

Menjelaskan, aktivitas pendidikan kesehatan di tempat kerja dimulai dari pengkajian kebutuhan pekerja dan pihak manajemen terhadap upaya pendidikan kesehatan. Langkah berikutnya menciptakan program pendidikan kesehatan yang efisien, efektif untuk diimplementasikan di tempat kerja. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pekerja difokuskan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pekerja mengenali *health hazards* di tempat kerja serta upaya mengurangi dampak *health hazards* terhadap status kesehatan. Salah satu tantangan yang dihadapi perawat kesehatan kerja untuk memberikan pendidikan kesehatan yang efektif di tempat kerja adalah minimnya waktu luang yang dimiliki pekerja untuk mengikuti pendidikan kesehatan.

Strategi yang dapat dilakukan adalah membagikan materi pendidikan kesehatan berupa *leaflet*, brosur berisi pesan kesehatan saat makan siang di ruang makan. Metode lain yang efektif dan efisien untuk memberikan pendidikan kesehatan di tempat kerja adalah dengan penempelan poster, pemutaran video berdurasi singkat (15- 20 menit) (Permatasari, Henny. 2010).

2. Level dan Bentuk Intervensi Keperawatan Kesehatan Kerja

Semua bentuk intervensi keperawatan komunitas berdasarkan pada konsep pencegahan, demikian juga bentuk intervensi keperawatan kesehatan kerja. Promosi kesehatan, proteksi, pemeliharaan dan rehabilitasi kesehatan pekerja adalah tujuan yang harus dicapai oleh perawat kesehatan kerja. Saat melaksanakan praktek keperawatan kesehatan kerja, perawat kesehatan kerja menggunakan tiga level strategi pencegahan.

Bentuk intervensi yang dilakukan oleh perawat kesehatan kerja adalah melakukan skreening kesehatan, pemeriksaan kesehatan secara berkala, dengan cara yang relatif mudah dan biaya yang minimal. Skreening kesehatan berupa pemeriksaan kesehatan mata, deteksi dini penyakit kanker, tekanan darah tinggi serta, pemeriksaan gula darah untuk mendeteksi timbulnya penyakit diabetes mellitus. Pencegahan sekunder yang diberikan perawat kesehatan kerja juga berupa penempatan ulang atau evaluasi dan rotasi kerja terhadap pekerja dari satu unit kerja ke unit lain, sehingga pekerja memperoleh situasi yang baru, tidak merasa kejenuhan dengan situasi kerja yang lama.

Perawatan kesehatan kerja merupakan pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap tenaga kerja atau kelompok tenaga kerja serta meningkatkan kualitas hidup tenaga kesehatan kerja. Bentuk pelayanan kesehatan diwujudkan melalui pemeriksaan kesehatan, pengobatan dan asupan makanan yang bergizi. Bahan potensi bahaya ditempat kerja yakni potensi bahaya fisik, potensi bahaya kimia, potensi bahaya biologis, faktor *faal ergonomic*, potensi bahaya psikososial. Peran perawat kesehatan kerja meliputi *clinician, case manager, coordinator, manager, practioner, corporate director, consultant, educator, researcher*. Masalah yang biasanya terjadi yaitu mengenai masalah komunikasi, masalah SDM, kegagalan teknis dan kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat.

Sebagai perawat kesehatan kerja harus memiliki kemampuan dan pengetahuan konseling yang spesifik seperti pengenalan masalah, membangun dukungan, kepercayaan, dan hubungan yang *confidential*, pendekatan krisis, dan pengetahuan tentang sumber komunitas untuk mendapatkan informasi yang

efektif bagi para pekerja. Banyak beberapa masalah di keperawatan kesehatan kerja yang muncul di Indonesia contohnya saja tidak ada waktu untuk memberikan sosialisasi terhadap pekerja, sehingga dengan adanya masalah tersebut sebaiknya keperawatan tenaga kesehatan kerja harus bisa meningkatkan strategi khusus untuk dapat melakukan pendidikan kesehatan secara efektif. Serta diharapkan bagi perawat kesehatan kerja lebih mengutamakan upaya *preventif* dengan melakukan promosi kesehatan dll. dalam hal meningkatkan pelayanan keperawatan di lingkungan kerja.

Bab 4

Keperawatan Kesehatan Keluarga

4.1 Pendahuluan

Keperawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran / penyalur (Bailon dan Maglaya, 1997).

Dalam perawatan kesehatan, masyarakat yang menerima asuhan keperawatan di bagi menjadi dalam 3 tingkat:

1. Tingkat individu

Perawat memberi asuhan keperawatan kepada individu dengan kasus tertentu, misalnya pasien tuberkulosis, diabetes, dan ibu hamil, yang di jumpai di klinik yang kadang-kadang ditindaklanjuti keperawatannya di rumah (lingkungan keluarga). Perhatian utama pada tingkat ini adalah individu yang bersangkutan.

2. Tingkat keluarga

Pada tingkat ini sasaran asuhan adalah keluarga. Perhatian utamanya adalah masalah keluarga. Perawat akan menghadapi pasien, yaitu keluarga dengan anggotanya yang menderita penyakit TBC, keluarga dengan ibu hamil dan lain-lain.

3. Tingkat masyarakat

Asuhan keperawatan masih tetap ditujukan kepada individu/keluarga, tetapi klien tersebut dilihat dalam satu kesatuan dalam masyarakat. Contoh: penanggulangan yang direncanakan dan dilaksanakan dalam tingkat masyarakat pada kondisi endemik malaria, endemik kolera dan lain-lain adalah perbaikan sanitasi, penyuluhan kesehatan dan lain-lain.

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga dengan tujuan menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan keluarga.

4.2 Alasan Keluarga sebagai Unit Pelayanan

Alasan utama meninjau keluarga sebagai unit pelayanan perawatan menurut Ruth B Freeman, (1981), adalah sebagai berikut:

1. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat
2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompok
3. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lain

4. Dalam memelihara kesehatan, anggota keluarga sebagai pengambil keputusan dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya.
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.

Sedangkan menurut Spradley & Allender (1997), Alasan mengapa keluarga menjadi penting bagi perawat keluarga adalah:

1. Keluarga sebagai seluruh sistem juga membutuhkan pelayanan kesehatan seperti halnya individu agar ia dapat memenuhi tugasnya dalam setiap fase perkembangan
2. Tingkat kesehatan individu berkaitan erat dengan tingkat kesehatan keluarga begitu pun sebaliknya; dan
3. Tingkat fungsional keluarga sebagai unit terkecil dari komunitas dapat memengaruhi derajat kesehatan sistem atasnya

4.3 Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Bailon dan Maglaya (1978) yang dikutip Efendi, F & Makhfudli (2009) secara umum ada lima tugas kesehatan keluarga dalam menanggulangi berbagai masalah kesehatan di antaranya adalah:

1. Mengenal masalah kesehatan
Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dan keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga atau orang tua.
2. Mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat
Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai keadaan keluarga, dengan

pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

3. Merawat keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a. Keadaan penyakit
- b. Sifat dan perkembangan perawat yang diperlukan untuk perawatan
- c. Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
- d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
- e. Sikap keluarga terhadap yang sakit

4. Memodifikasi lingkungan (menciptakan dan mempertahankan suasana rumah yang sehat)

Ketika memodifikasi lingkungan rumah yang sehat kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a. Sumber-sumber keluarga yang dimiliki
- b. Manfaat pemeliharaan lingkungan
- c. Pentingnya higiene sanitasi
- d. Upaya pencegahan penyakit
- e. Sikap atau pandangan keluarga
- f. Kekompakan antar anggota keluarga

5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

- a. Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan,
- b. Keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini :
 - 1) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - 2) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
 - 3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
 - 4) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
 - 5) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

4.4 Tujuan Keperawatan Kesehatan Keluarga

Keluarga berperan dalam memberikan perawatan kesehatan yang terapeutik kepada anggota keluarga yang menderita suatu penyakit. Perawatan adalah suatu usaha yang berdasarkan kemanusiaan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bagi terwujudnya manusia yang sehat seutuhnya (Depkes RI, 2008). Menurut La, Groca (1998) yang dikutip oleh Prasetyawan (2008) bahwa keluarga memainkan peranan yang sangat penting dalam pengelolaan medis pada salah satu anggota keluarga yang sakit.

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kesadaran, keinginan, kemampuan keluarga dalam meningkatkan, mencegah, memelihara kesehatan mereka sampai tahap yang optimal dan mampu melaksanakan tugas-tugas mereka secara produktif.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi masalah kesehatan yang mereka hadapi
- b. Mengambil keputusan tentang siapa/kemana dan bagaimana pemecahan masalah tersebut, misalnya dipecahkan sendiri dan pergi ke rumah sakit, ke puskesmas, praktik keperawatan/kedokteran.
- c. Meningkatkan mutu kesehatan keluarga (promosi kesehatan)
- d. Mencegah terjadinya penyakit/timbulnya masalah kesehatan pada keluarga.
- e. Melaksanakan usaha penyembuhan/pemecahan masalah keluarga melalui asuhan keperawatan di rumah
- f. Membantu tenaga profesional kesehatan/keperawatan dalam penanggulangan penyakit/masalah kesehatan mereka di rumah, rujukan kesehatan dan rujukan medik (Zaidin, 2010).

4.4.1 Tujuan Perawatan Individu dalam Konteks Keluarga

1. Teratasinya masalah yang dihadapi individu yang ada kaitannya dengan latar belakang keluarganya.

2. Teratasinya masalah yang dihadapi individu dengan dukungan, bantuan atau pemeranan keluarga.
3. Terlaksananya pemberian asuhan keperawatan yang paripurna kepada sasaran individu dari keluarganya, sebagai tindak lanjut pelayanan rawat inap maupun jalan
4. Meningkatkan kesadaran keluarga dan anggota keluarganya yang belum mencari pelayanan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dasar yang tersedia
5. Meningkatkan kemampuan individu dan keluarganya dalam mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri

4.4.2 Prinsip Keperawatan Kesehatan Keluarga

Ada beberapa prinsip-prinsip perawatan keluarga yang harus dimengerti dan penting untuk diperhatikan dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga.

1. Keluarga dijadikan sebagai unit dalam pelayanan kesehatan
2. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga sehat adalah sebagai tujuan utamanya
3. Asuhan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga
4. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga, perawat harus melibatkan peran serta aktif seluruh keluarga dalam merumuskan masalah dan kebutuhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya
5. Diusahakan lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promotif dan preventif dengan baik tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif
6. Keluarga dijadikan sebagai unit dalam pelayanan kesehatan
7. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga sehat adalah sebagai tujuan utamanya
8. Asuhan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga

9. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga, perawat harus melibatkan peran serta aktif seluruh keluarga dalam merumuskan masalah dan kebutuhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya
10. Diusahakan lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promotif dan preventif dengan baik tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif

4.4.3 Hambatan dalam Kesehatan Keperawatan Keluarga

Hambatan yang paling besar dihadapi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga adalah:

1. Hambatan dari keluarga
 - a. Pendidikan keluarga rendah,
 - b. Keterbatasan sumber daya keluarga (keuangan, sarana dan prasarana),
 - c. Kebiasaan budaya yang melekat
 - d. Sosial budaya tidak menunjang
2. Hambatan dari perawat
 - a. Sarana dan prasarana yang tidak menunjang
 - b. Kondisi alam (geografi yang sulit) terutama di daerah luar Jawa yang sulit terjangkau oleh pesawat
 - c. Kesulitan komunikasi (bahasa)
 - d. Keterbatasan pengetahuan tentang kultur keluarga (Harnilawati, 2013)

4.5 Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga.

4.5.1 Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga Sebagai Kontek (Family as Context)

Berikut ini merupakan relasional yang menunjang terhadap kesinambungan pelayanan kesehatan dengan keluarga sebagai kontek, yakni :

1. Individu ditempatkan pada fokus pertama sedangkan keluarga yang kedua.
2. Fokus pelayanan keperawatan: individu.
3. Individu atau anggota keluarga akan dikaji dan diintervensi.
4. Keluarga akan dilibatkan dalam berbagai kesempatan.

4.5.2 Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga Sebagai Klien (Family as Client)

Berikut ini merupakan relasional yang menunjang terhadap kesinambungan pelayanan kesehatan dengan keluarga sebagai klien, yakni:

1. Perhatian utama pada keluarga sedangkan individu kedua
2. Keluarga dilihat sebagai penjumlahan dari individu-individu anggota keluarga
3. Perhatian dikonsentrasikan bagaimana kesehatan individu berdampak pada keluarga secara keseluruhan

4.5.3 Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga Sebagai Sistem (Family as System)

Berikut ini merupakan relasional yang menunjang terhadap kesinambungan pelayanan kesehatan dengan keluarga sebagai sistem, yakni:

1. Fokus pada keluarga sebagai klien dan keluarga adalah sistem yang berinteraksi

2. Pendekatan pada individu sebagai anggota keluarga dan keluarga secara bersamaan
3. Interaksi antara anggota keluarga menjadi target intervensi keperawatan (seperti: hubungan orang tua dan anak, antara hirarki orang tua)

4.5.4 Strategi Pendekatan Kesehatan Keluarga Sebagai Komponen Sosial (Family as Component of Society)

Berikut ini merupakan relasional yang menunjang terhadap kesinambungan pelayanan kesehatan dengan keluarga sebagai komponen sosial, yakni:

1. Keluarga dilihat sebagai sebuah institusi sosial, pendidikan, spiritual, ekonomi, dan kesehatan.
2. Keluarga adalah unit utama dan kumpulan keluarga akan membentuk sistem yang lebih besar yaitu masyarakat
3. Keluarga berinteraksi dengan institusi lain untuk menerima, bertukar dan saling memberi layanan (Supryanto, 2013).

4.6 Indikator Keluarga Sehat

Ada beberapa aspek yang perlu diperhatikan untuk mencapai keluarga sehat, antara lain kesehatan ibu dan anak, kondisi penyakit menular dan tidak menular, lingkungan rumah dan sekitarnya, kesehatan jiwa, serta gaya hidup.

Kemendes RI memecah aspek tersebut menjadi 12 indikator keluarga sehat di antaranya:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur

8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

4.7 Keluarga Berisiko

Keluarga risiko tinggi adalah keluarga di mana terdapat faktor risiko yang dapat mengancam kesehatan keluarga karena keadaan fisik, mental, maupun sosial ekonominya perlu mendapatkan bimbingan dan asuhan keperawatan serta pelayanan kesehatan karena tidak tahu, tidak mampu dan tidak memelihara kesehatan dan perawatan.

Kelompok berisiko di antaranya:

1. Keluarga yang tergolong risiko tinggi dalam bidang kesehatan antara lain :
 - a. Keluarga dengan anggota keluarga dalam masa usia subur dengan masalah sebagai berikut
 - b. Tingkat sosial ekonomi rendah
 - c. Keluarga kurang atau tidak mampu mengatasi masalah kesehatan sendiri
 - d. Keluarga dengan penyakit keturunan
2. Keluarga dengan ibu risiko tinggi kebidanan, yaitu :
 - a. Waktu hamil umur ibu kurang dari 16 tahun atau lebih dari 35 tahun
 - b. Waktu hamil menderita kekurangan gizi atau anemia
 - c. Primipara atau multipara
 - d. Riwayat persalinan dengan komplikasi
3. Keluarga dengan anak
 - a. Lahir prematur
 - b. Berat badan sukar naik

- c. Lahir dengan cacat bawaan
 - d. ASI ibu kurang sehingga tidak mencukupi kebutuhan bayi
 - e. Ibu menderita penyakit menular
4. Keluarga dengan masalah dalam hubungan antar anggota keluarga
- a. Anak yang tidak dikehendaki dan mencoba untuk digugurkan
 - b. Sering timbul cekcok
 - c. Ada anggota keluarga yang sering sakit.
 - d. Salah satu orang tua (suami atau istri) meninggal, cerai atau lari meninggalkan rumah

Bab 5

Etika Keperawatan Komunitas

5.1 Pendahuluan

Era globalisasi mempunyai dampak positif dan negatif bagi program pelayanan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan di negara-negara yang sedang berkembang (Sari et al., 2021). Sasaran program kesehatan masyarakat tidak hanya pada individu yang sakit saja akan tetapi individu yang sehat juga perlu dipertahankan dan ditingkatkan kesehatannya, sehingga tercipta masyarakat sehat secara holistik (Khotimah et al., 2022). Praktik keperawatan komunitas berfokus pada populasi yang bertujuan pada promosi kesehatan dan mencegah penyakit bahkan kecacatan pada setiap individu melalui kondisi yang diciptakan melalui asuhan keperawatan agar individu-individu dalam populasi menjadi sehat secara holistik. Pendekatan kesehatan masyarakat untuk melindungi dan mempromosikan kesehatan, umumnya melalui tindakan sosial, bukan hanya individu, kesehatan masyarakat berupaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Kass, 2001). Perawat kesehatan komunitas dapat berkolaborasi dengan komunitas dan populasi dalam rangka mengurangi risiko masalah kesehatan dan mempertahankan, meningkatkan serta memperbaiki kembali kondisi kesehatan di masyarakat. Kolaborasi tersebut dapat dilakukan dengan berbagai kelompok seperti kader kesehatan, organisasi kesehatan, pemerintah, unit pelayanan kesehatan di sekolah, lembaga industri dan bisnis,

institusi pendidikan, bahkan lembaga bantuan hukum. Kondisi ini mencerminkan kompleksnya area praktik perawat dalam komunitas.

Banyak faktor yang dapat memengaruhi kesehatan manusia baik kesehatan perorangan dan masyarakat, faktor tersebut tergambar dalam Teori Blum yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan (genetik). Faktor ini berpengaruh langsung terhadap kesehatan dan juga saling berpengaruh satu dengan yang lainnya. Status kesehatan akan tercapai apabila semua faktor dalam kondisi yang optimal (Nasution et al., 2021). Pandemi COVID-19 menghadirkan tantangan baru dan mendesak bagi pelayanan kesehatan di masyarakat (Kelly et al., 2020). Profesi keperawatan sekarang dituntut untuk melihat aspek-aspek keperawatan secara ilmiah dan untuk memastikan bahwa prosedur, kebijakan, dan standar asuhan keperawatan didasarkan pada metode yang objektif (Sanny et al., 2022). Bagi profesi keperawatan sendiri, pemanfaatan hasil penelitian dapat berujung pada peningkatan otonomi praktik, citra keperawatan profesional yang positif, menguatkan status profesional perawat, dan memperluas bidang basis pengetahuan ilmiah keperawatan (Mawarti et al., 2021). Asuhan keperawatan di tatanan pelayanan keperawatan komunitas dapat diberikan dengan berbagai lingkup mulai pada kelompok ibu dengan kehamilan, bayi, anak, remaja, dewasa bahkan sampai pada lansia. Layanan keperawatan komunitas yang diberikan mencakup masalah kesehatan fisik, mental, sosial, maupun spiritual. Pelayanan dan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dalam komunitas merupakan bentuk pelayanan profesional bertujuan untuk membantu klien dalam pemulihan dan peningkatan kemampuan dirinya melalui tindakan pemenuhan kebutuhan klien secara komprehensif dan berkesinambungan (Panglipurningsih and Astarini, 2020).

Kesehatan masyarakat secara teratur menghadapi dilema etika yang serius (Roberts and Reich, 2002). Dalam melaksanakan tugas perawat, salah satu hal penting yang perlu dipahami oleh perawat komunitas adalah etika keperawatan itu sendiri, sebagai penunjang profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan. Profesi keperawatan mencakup landasan filosofis kepedulian, etika, moral, dan nilai-nilai (Pope, Hough and Chase, 2016). Dasar-dasar etika keperawatan tersebut wajib dipahami dan dihayati oleh seorang perawat sehingga sikap perawat selaras dengan nilai-nilai dalam etika keperawatan. Sebagai bentuk profesionalitas, semua profesi mempunyai kode etik yang harus dijunjung tinggi, tak terkecuali tenaga kesehatan seperti perawat. Dalam bekerja seorang perawat harus menerapkan kode etik sebagai landasannya.

Kode etik keperawatan wajib diketahui serta dijunjung tinggi oleh seluruh perawat selaku tenaga kesehatan.

5.2 Etika Keperawatan

Etika berbasis prinsip yang meliputi prinsip otonomi, jangan merugikan, berbuat baik, adil, jujur, menepati janji. Prinsip inilah yang mendasari etika keperawatan. Etika keperawatan merupakan standar acuan untuk mengatasi segala macam masalah yang dilakukan oleh praktisi keperawatan terhadap para pasien yang tidak mengindahkan dedikasi moral dalam pelaksanaan tugasnya (Manalu et al., 2021). Secara garis besar, tujuan etika keperawatan adalah sebuah upaya agar seluruh perawat yang ada di Indonesia dapat menghargai dan menghormati martabat manusia (klien) pada saat menjalankan setiap tugas dan fungsinya sebagai perawat. Terdapat delapan prinsip etik keperawatan, yaitu: otonomi (menghormati hak pasien), *non maleficence* (tidak merugikan pasien), *beneficence* (melakukan yang terbaik bagi pasien), *justice* (bersikap adil kepada semua pasien), *confidentiality* (mampu menjaga rahasia pasien), *veracity* (jujur kepada pasien dan keluarga), *fidelity* (selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga), dan *Accountability* (bertanggung jawab kepada diri sendiri dan orang lain atas tindakannya sendiri).

5.2.1 Otonomi

Otonomi berarti pasien mampu membuat keputusan secara mandiri. Ini berarti bahwa perawat harus yakin pasien memiliki semua informasi yang dibutuhkan yang diperlukan untuk membuat keputusan tentang perawatan medis mereka. Otonomi profesional berarti memiliki wewenang untuk membuat keputusan dan kebebasan untuk bertindak sesuai dengan basis pengetahuan profesional seseorang. Pemahaman tentang otonomi diperlukan untuk memperjelas dan mengembangkan profesi keperawatan di lingkungan perawatan kesehatan. Kewenangan perawatan pasien, kekuatan untuk membuat keputusan dalam hubungan dengan pasien dan keluarga terdekat dan kebebasan untuk membuat penilaian klinis, pilihan dan tindakan selalu terhubung dengan makna otonomi dalam praktik keperawatan (Skår, 2009). Otonomi profesional juga dikaitkan dengan pengalaman kebermaknaan pekerjaan perawat. Memahami sifat multidimensi otonomi profesional sangat penting untuk menciptakan lingkungan kerja yang menarik. Penting untuk memungkinkan perawat

berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan mengembangkan keperawatan melalui kepemimpinan bersama untuk meningkatkan perekrutan dan retensi tenaga kerja terampil (Pursio et al., 2021).

5.2.2 Non Maleficence

Konsep ini berarti bahwa perawat tidak boleh menyakiti dengan sengaja. Perawat harus memberikan standar asuhan yang menghindari atau meminimalkan risiko, yang berkaitan dengan kompetensi medis. Perawat yang menunjukkan prinsip ini termasuk menghindari perawatan pasien yang lalai. *Non-maleficence* adalah bagian yang berkaitan dari kebaikan dan sering dianggap sebagai pilar etika yang tidak terpisahkan. *Non-maleficence* menyatakan bahwa seorang praktisi medis memiliki kewajiban untuk tidak membahayakan atau membiarkan kerugian terjadi pada pasien melalui pengabaian. Oleh karena itu, pertimbangan apa pun tentang *beneficence* cenderung melibatkan pemeriksaan *non-maleficence*. Pasien memiliki hak untuk tidak dirugikan. *Non-maleficence* mengharuskan perawat menghindari menyebabkan kerugian pada pasien. Prinsip ini mungkin yang paling sulit untuk ditegakkan. Ketika dukungan hidup dihentikan atau pasien telah memilih untuk berhenti minum obat yang dapat menyelamatkan hidup mereka, perawat ditempatkan dalam posisi yang menantang secara moral (Haddad and Geiger, 2021).

5.2.3 Beneficence

Beneficence didefinisikan sebagai kebaikan dan amal, yang membutuhkan tindakan dari pihak perawat untuk memberi manfaat bagi orang lain. *Beneficence* berarti bahwa semua praktisi medis memiliki kewajiban moral untuk mempromosikan tindakan yang mereka yakini demi kepentingan terbaik pasien. Seringkali, ini disederhanakan untuk berarti bahwa praktisi harus berbuat baik untuk pasien mereka. *Beneficence* penting karena memastikan bahwa profesional kesehatan mempertimbangkan keadaan individu dan ingat bahwa apa yang baik untuk satu pasien belum tentu baik untuk pasien lain. *Beneficence* didefinisikan sebagai tindakan amal, belas kasihan, dan kebaikan dengan konotasi kuat berbuat baik kepada orang lain termasuk kewajiban moral. Semua profesional memiliki kewajiban moral dasar untuk melakukan yang benar. Dalam perawatan kesehatan, *beneficence* adalah salah satu etika mendasar, bagian integral dari pekerjaan sebagai seorang profesional adalah etika dasar kebajikan. Pemahaman tentang etika perawatan ini memaksa

praktisi kesehatan individu untuk mempertimbangkan panggilannya untuk standar profesionalisme yang tinggi sebagai keharusan moral; salah satu yang mengadvokasi standar tinggi dan berjuang untuk kebaikan yang lebih besar. Profesional perawatan kesehatan memiliki tugas perawatan yang meluas ke pasien, rekan profesional, dan masyarakat secara keseluruhan. Setiap individu profesional yang tidak memahami atau menerima tugas ini berisiko bertindak jahat dan melanggar prinsip untuk menghormati dan melindungi pasien (Kinsinger, 2009).

5.2.4 Justice

Keadilan berarti tidak memihak dan adil. Perawat yang membuat keputusan medis yang tidak memihak menunjukkan hal ini, apakah itu terkait dengan sumber daya yang terbatas atau perawatan. Keadilan dalam etika keperawatan menyiratkan bahwa pasien memiliki hak atas perlakuan yang adil dan tidak memihak. Ini berarti tidak peduli apa status asuransi pasien atau sumber daya keuangan, atau apa identifikasi jenis kelamin, usia atau etnis mereka, mereka memiliki hak atas keadilan dalam keputusan keperawatan. Keadilan sosial adalah sebuah konsep yang sering digambarkan sebagai penopang dasar pembangunan masyarakat, kesehatan masyarakat, dan pengembangan kebijakan kesehatan masyarakat. Dalam kondisi keadilan sosial, individu dalam masyarakat tidak didiskriminasi. Semua individu dalam masyarakat diberikan hak yang sama kebebasan tanpa memandang kedudukan mereka dalam masyarakat. Dengan prinsip kebebasan, semua anggota masyarakat harus memiliki kebebasan dasar seperti kebebasan berbicara, dan mengejar kebahagiaan bahkan kesehatan. Kode etik menyediakan kerangka kerja untuk standar praktik di semua pengaturan keperawatan dan merangkum sosial, perhatian etika, dan tradisi etika keperawatan. Kode etik melibatkan perawat dalam masalah keadilan sosial, *altruisme*, advokasi, dan hak perawatan (Shaibu et al., 2021).

5.2.5 Confidentiality

Kerahasiaan merupakan prinsip etik yang penting dalam keperawatan. Ini adalah kewajiban hukum dan medis penting yang harus dipatuhi oleh semua profesional kesehatan. Hal-hal mengenai pasien tidak boleh diungkapkan kepada orang lain dengan cara apa pun. Kerahasiaan, kepercayaan, dan privasi adalah tiga prinsip yang saling terkait; jika tidak ada privasi dan kepercayaan, tidak ada ruang untuk kerahasiaan. Kerahasiaan melindungi berbagi informasi

pasien dengan perawat tanpa takut bahwa itu akan dibagikan dengan orang lain yang tidak terlibat dalam perawatan pasien. Bagi pasien, prinsip-prinsip kunci kerahasiaan mencakup kepercayaan dan kesediaan untuk menceritakan kepada perawat. Ketika informasi dibagikan tanpa persetujuan pasien, pelanggaran kerahasiaan pasien terjadi. Prinsip dasar kerahasiaan dan privasi adalah bahwa tidak ada informasi yang dapat dibagikan oleh perawat tentang pasien kecuali jika ada persetujuan untuk melakukannya. Namun hak kerahasiaan dan privasi pasien tidak mutlak. Situasi tertentu mengesampingkan hak-hak tersebut dan persetujuan tidak diperlukan. Prinsip kerahasiaan didasarkan pada hak pasien atas privasi dan pemeliharaan hubungan perawat-pasien. Perawat perlu secara hati-hati menerapkan prinsip kerahasiaan dan pedoman etika untuk praktik keperawatan dalam semua sistem perawatan kesehatan (Manuel et al., 1990).

5.2.6 Veracity

Prinsip kejujuran, atau kebenaran, mengharuskan penyedia layanan kesehatan jujur dalam interaksi mereka dengan pasien. Kejujuran dalam keperawatan menuntut perawat untuk bersikap jujur dalam berinteraksi dengan pasien dan rekan kerja. Kejujuran berarti bersedia memberikan fakta kepada pasien, bukan menawarkan jaminan palsu. Ini adalah konsep di mana perawat menganggap diri mereka sendiri dan orang lain bertanggung jawab untuk menunjukkan asuhan keperawatan yang berpusat pada pasien yang kompeten dan akurat. Sementara prinsip kejujuran bukan hukum, itu dianggap sebagai prinsip etika keperawatan. Melanggar prinsip-prinsip etika, termasuk kejujuran dapat memiliki konsekuensi yang parah. *Veracity* berarti benar-benar jujur dengan klien, keluarga, dan rekan kerja. Perawat harus menunjukkan kejujuran, bahkan jika kebenaran dapat menyebabkan penderitaan atau kecemasan pasien. Landasan hubungan terapeutik perawat-pasien dan interprofesional didasarkan pada prinsip kejujuran. Jika perawat ingin melihat hubungan dengan pasien dan rekan kerja diperkuat, mempraktikkan kejujuran dalam keperawatan adalah salah satu cara terbaik untuk mencapai hal ini. *Veracity* adalah prinsip mengatakan yang sebenarnya dan terkait dengan prinsip kejujuran adalah dasar kepercayaan dalam pelayanan kesehatan (Graf, Epstein and Pearl, 2020).

5.2.7 Fidelity

Fidelity berasal dari bahasa Latin (*fides*) yang berarti kesetiaan, berkaitan dengan menepati janji, integritas dan kejujuran. Ini juga melibatkan

pemenuhan harapan wajar pasien (kesetiaan peran) seperti bersikap hormat, kompeten, dan profesional. *Fidelity* dalam keperawatan adalah istilah yang sering dikaitkan dengan moral dan etika dalam layanan kesehatan. Kesetiaan dalam keperawatan berarti perawat harus tetap setia pada janji profesional, seperti janji untuk memberikan perawatan pasien yang berkualitas tinggi, kompeten, aman, dan efisien. Ini juga berarti mendukung keputusan pasien, mempromosikan otonomi pasien dan kemajuan profesi. kesetiaan yang tinggi mengarah pada peningkatan yang signifikan dalam kesadaran diri, empati, dan perawatan yang berpusat pada pasien (Ayed et al., 2021).

5.2.8 Accountability

Akuntabilitas menjadi hal penting dari keperawatan itu sendiri, melalui praktik keperawatan di semua pengaturan dan di semua tingkatan, ini adalah kekuatan yang memberi energi di seluruh organisasi di mana budaya akuntabilitas ada, semua pelaksanaan layanan keperawatan yang telah dilakukan dapat dipertanggungjawabkan. Akuntabilitas adalah melakukan hal yang benar secara konsisten, hari demi hari, dalam interaksi tugas dan hubungan, untuk memenuhi atau memajukan misi organisasi (Staub, 2005). Ahli etika telah berkomentar bahwa telah terjadi perubahan dalam kesediaan individu untuk menerima tanggung jawab untuk perilaku mereka. Budaya malah menjadi salah satu penyebabnya. Tidak mengherankan, masalah akuntabilitas profesional dalam keperawatan telah menjadi perhatian di banyak lingkungan perawatan kesehatan (Sherman, 2013). Akuntabilitas penting karena meningkatkan kualitas perawatan pasien dan menciptakan nilai lebih untuk layanan kesehatan. Menjadi akuntabel berarti membuat komitmen dan menjaganya. Perawat tidak hanya memegang praktik klinis dan standar etika yang tinggi untuk diri sendiri, tetapi perawat juga harus bersedia menerima tanggung jawab profesional ketika atau jika terjadi penyimpangan dari standar perawatan (Davis, 2017).

5.3 Kode Etik Keperawatan Indonesia

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) merupakan organisasi profesi resmi yang menyusun kode etik keperawatan Indonesia. Kode etik adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan. Aturan yang berlaku untuk

seorang perawat Indonesia dalam melaksanakan tugas/fungsi perawat adalah kode etik perawat nasional Indonesia, di mana seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan. Kode etik keperawatan di Indonesia bertujuan agar perawat dapat memberikan pelayanan jasa sebaik- baiknya kepada klien sekaligus menghindarkan perawat dari perbuatan melanggar kode etik keperawatan (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2016). Dengan adanya kode etik, diharapkan para profesional perawat dapat memberikan jasa sebaik-baiknya kepada pasien. Adanya kode etik akan melindungi perbuatan yang tidak profesional. Kode etik keperawatan disusun oleh organisasi profesi dengan membahas pada pokok-pokok etiknya (Utami, Agustine and Happy, 2016).

5.3.1 Perawat dan Klien

Pasien adalah fokus dari upaya asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat sebagai salah satu komponen tenaga kesehatan. Hubungan perawat dan pasien adalah hubungan yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk pencapaian tujuan klien. Dalam hubungan itu, perawat menggunakan pengetahuan komunikasi guna memfasilitasi hubungan yang efektif. Dasar hubungan antara perawat dengan pasien adalah hubungan yang saling menguntungkan (*mutual huminity*).

Berikut ini hal-hal yang perlu perawat perhatikan dalam menjaga hubungan dengan klien:

1. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warnakulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
2. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
3. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
4. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang dikehendaki sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika

diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

5.3.2 Perawat dan Praktek

Sebagai seorang perawat tentunya harus selalu berupaya meningkatkan kemampuan diri sebagai perawat agar mampu memberikan yang terbaik bagi pasien. Berikut ini adalah hal-hal yang perlu diperhatikan sebagai seorang perawat terhadap praktek keperawatan:

1. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan melalui belajar terus-menerus
2. Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta ketrampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
3. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan sertakualifikasi seseorang bilamelakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.
4. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.

5.3.3 Perawat dan Masyarakat

Perawat adalah bagian dari masyarakat artinya perawat bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat. Perawat dapat menjadi pemrakarsa untuk kegiatan-kegiatan di masyarakat yang mendukung upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit misalnya memberikan penyuluhan-penyuluhan kesehatan, pelaksanaan Posyandu Lansia, Pelaksanaan Posyandu Balita, melakukan Pelatihan Kader kesehatan dan sebagainya. Berikut ini adalah hal yang yang perlu anda perhatikan dalam meningkatkan hubungan anda sebagai perawat dengan masyarakat. Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat.

5.3.4 Perawat dan Teman Sejawat

Perawat perlu memperhatikan bagaimana anda harus menjaga hubungan baik dengan teman sejawat demi kepentingan pasien. Hal-hal di bawah ini harus menjadi perhatian agar hubungan dengan teman sejawat tetap harmonis:

1. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.
2. Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

5.3.5 Perawat dan Profesi

Perawat harus selalu ter-update dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini di bidang keperawatan. Perawat juga harus selalu berupaya untuk mengembangkan profesi dengan berfokus pada peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan Perawat.

1. Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan
2. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan
3. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

Bab 6

Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas

6.1 Pendahuluan

Menurut WHO Komunitas merupakan suatu kelompok sosial yang ditentukan oleh batas-batas wilayah, nilai-nilai keyakinan dan minat yang sama, serta ada rasa saling mengenal dan interaksi antar anggota masyarakat yang satu dengan yang lainnya (Hernilawati, 2013). Keperawatan komunitas adalah praktik melakukan promosi kesehatan dan melindungi kesehatan masyarakat dengan menggunakan pendekatan ilmu keperawatan, ilmu sosial dan ilmu kesehatan masyarakat yang berfokus pada tindakan promotif dan pencegahan penyakit yang sehat (Akbar, 2019). Fokus utama kegiatan pelayanan keperawatan komunitas yaitu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk menanamkan pengertian, kebiasaan dan perilaku hidup sehat, sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya (Efendi and Makhfudli, 2015). Selain meningkatkan pengetahuan dengan promosi kesehatan, keperawatan komunitas juga dilakukan dengan tujuan proteksi kesehatan dan pencegahan penyakit dan penyembuhan (Kholifah and Widagdo, 2016).

6.2 Peran Perawat dalam Keperawatan Komunitas

Peran perawat kesehatan masyarakat adalah berfokus pada pencegahan penyakit cedera atau kecacatan, promosi kesehatan serta pemeliharaan kesehatan populasi (Ann Allender, Rector and Warner, 2010).

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya di dalam sistem. Peran perawat utama dari perawat kesehatan masyarakat adalah memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit atau yang mempunyai masalah kesehatan/keperawatan apakah itu di rumah, sekolah, panti dan sebagainya sesuai kebutuhan. (Depkes, 2006).

Menurut Harmili and Kristiana (2021), peran perawat komunitas di antaranya adalah:

1. Peran Perawat sebagai Pemberi Pelayanan Keperawatan secara Langsung (Care Provider)

Peran perawat sebagai pemberi layanan khususnya dilingkungan komunitas adalah menangani dan merawat kesehatan komunitas (Potter and Perry, 2010). Perawat memberikan pelayanan berupa intervensi yang bersifat preventif. Intervensi dilakukan dengan memberikan pelayanan perawatan fisik, dukungan emosional, serta pembelajaran kepada klien. Biasanya dilakukan di rumah, sekolah klinik ataupun tempat kerja.

2. Peran Perawat sebagai Pemberi Pelayanan Keperawatan Komunitas (Community Care Provider)

Menerapkan proses keperawatan komunitas dalam menyelesaikan masalah kesehatan komunitas. Dapat dilakukan secara mandiri atau kerjasama dengan tim kesehatan lainnya. Dengan melibatkan tokoh masyarakat setempat dan penerima pelayanan.

3. Peran Perawat sebagai Penemu Kasus (Case Finder)

Dengan mengamati dan mendeteksi keadaan serta tanda-tanda awal masalah kesehatan melalui hubungan dan kontak terus menerus dengan klien.

4. Peran Perawat sebagai Pendidik (Educator)

Memberikan informasi yang memungkinkan klien membuat pilihan dan mempertahankan autonominya. Perawat juga selalu mengkaji dan memberi motivasi kepada klien. Selama belajar perawat juga mengevaluasi umpan balik dari klien.

Peran sebagai pendidik sangat penting dalam praktik keperawatan. Peran pendidik berguna dalam mempromosikan kesehatan masyarakat berdasarkan dua alasan yaitu: klien komunitas biasanya tidak memiliki kondisi sakit yang berat dan masih bisa menerima informasi kesehatan yang diberikan (Ann Allender, Rector and Warner, 2010).

Peran perawat sebagai pendidik sangat penting karena perawat dapat menjangkau komunitas secara luas. Melalui pendidikan, perawat dapat menjangkau kelompok secara besar dengan mengembangkan program edukasi berdasarkan kebutuhan kelompok (Nies and McEwen, 2015)

5. Peran Perawat sebagai Advokat

Perawat memberi pembelaan kepada klien yang tidak dapat bicara untuk dirinya. Perawat juga memberikan perlindungan kepada klien untuk mendapatkan hak yang sama dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan klien lainnya. Menurut Berman, Snyder and Frandsen, (2016), peran perawat sebagai advokat dapat mewakili kebutuhan dan keinginan klien kepada profesional kesehatan lainnya, seperti menyampaikan permintaan informasi klien kepada penyedia layanan kesehatan. Selanjutnya, peran perawat sebagai advokat juga membantu klien dalam menggunakan hak mereka dan membantu mereka berbicara untuk diri mereka sendiri (Hunt, 2009).

6. Peran Perawat sebagai Manajemen Kasus

Memberikan pelayanan kesehatan yang bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan berkualitas, mengurangi, fragmentasi, serta meningkatkan kualitas kehidupan klien. Perawat kesehatan komunitas seperti semua perawat, terlibat dalam mengelola pelayanan kesehatan. Sebagai manajer, perawat melaksanakan arahan administratif menuju pencapaian tujuan yang ditentukan dengan menilai kebutuhan klien, perencanaan dan pengorganisasian untuk memenuhi kebutuhan (Hunt, 2009).

Proses manajemen seperti proses keperawatan, menggabungkan serangkaian aktivitas atau fungsi pemecahan masalah: perencanaan, pengorganisasian, memimpin, serta mengendalikan dan mengevaluasi. Saat menjalankan fungsi ini, perawat kesehatan komunitas paling sering menjadi manajer partisipatif: yaitu mereka berkerjasama dengan klien, profesional lainnya untuk merencanakan dan mengimplementasikan layanan. Manajer kasus berfungsi diseluruh rangkaian perawatan dan mengkoordinasikan perawatan apapun layanan yang diterima klien dan keluarga. Penanganan kasus merupakan hal yang penting dalam praktik berbasis komunitas. Peran perawat sebagai manajer kasus diharapkan dapat membuat suatu rencana untuk menangani kasus berdasarkan penilaian dari klien dan keluarga (Potter and Perry, 2010). Perawat komunitas diharapkan dapat bekerjasama dengan klien dan keluarga perihal klien dengan risiko tinggi dalam mendapatkan fasilitas kesehatan yang dibutuhkan, sebagai contoh klien dengan gangguan syaraf, klien dengan gangguan atau kelainan psikiatri.

7. Peran Perawat sebagai Kolaborator

Perawat komunitas harus bekerjasama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan lainnya untuk mencapai pelayanan kesehatan yang optimal.

Perawat kesehatan masyarakat tidak pernah bekerja sendiri, akan tetapi harus bekerja dengan banyak orang termasuk klien, perawat lain, dokter, guru, pendidik kesehatan, pekerja sosial, ahli terapi, ahli

gizi, psikolog dan lain sebagainya. Sebagai anggota tim kesehatan, peran perawat dalam kesehatan komunitas antara lain sebagai kolaborator, yang artinya bekerjasama dengan orang lain atau tenaga kesehatan lain dalam mencapai tujuan yang sama dan bekerja sama sebagai mitra (Nies and McEwen, 2015). Praktik kesehatan masyarakat yang berhasil bergantung pada kolegialitas dan kepemimpinan multidisiplin.

Peran perawat kolaborator dikomunitas membutuhkan keterampilan dalam berkomunikasi. Selain itu diharapkan pula bahwa masing-masing profesional dapat menghargai dan percaya pada kemampuan dan kontribusi dari masing-masing profesional. Peran kolaborator juga bisa melibatkan fungsi sebagai konsultan. Contoh dari peran perawat komunitas sebagai kolaborator adalah ketika adanya insiden tentang penggunaan obat-obatan terlarang. Dalam hal ini, Perawat dapat menginisiasi program konseling bekerjasama dengan mahasiswa, orang tua, guru, psikolog dan pusat rehabilitasi. Contoh lainnya adalah pada saat klien dengan kanker dalam kondisi menjelang ajal dipulangkan dari rumah sakit kerumah, perawat dapat berkolaborasi dengan dokter, petugas sosial, pastoral untuk membuat perencanaan akhir hidup dan memberikan dukungan pada keluarga (Potter and Perry, 2010)

8. Peran Perawat sebagai Konselor

Perawat memberikan alternatif pemecahan masalah yang berkaitan dengan klien dalam pengambilan keputusan. Konseling adalah proses membantu klien untuk mengenali dan mengatasi masalah psikologis dan sosial yang membuat stres, untuk mengembangkan hubungan interpersonal yang lebih baik dan untuk mendorong pertumbuhan pribadi (Nies and McEwen, 2015). Perawat dapat memberikan dukungan emosional, intelektual dan psikologis pada klien. Sebagai konselor, perawat diharapkan dapat memberikan informasi, menjadi pendengar yang baik untuk klien, menjadi orang yang dapat dipercayai dan orang yang mendukung klien (Potter and Perry, 2010). Melalui konseling, perawat dapat membantu klien dalam mengambil

keputusan, mengembangkan perasaan, sikap dan perilaku baru (Potter and Perry, 2010; Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

9. Peran Perawat sebagai Peneliti

Dapat membantu mengembangkan teori-teori keperawatan yang merupakan dasar dari praktik keperawatan. Penelitian juga dapat menunjang pengembangan metode dan teknik baru dalam pemberian asuhan keperawatan. Perawat kesehatan komunitas dalam peranannya sebagai peneliti perlu menyelidiki, mengembangkan dan mengevaluasi efektivitas promosi kesehatan dan pencegahan penyakit khususnya yang ada di komunitas (Nies and McEwen, 2015).

Menurut Kemenkes RI, (2019) tentang Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 Pasal 31, dalam menjalankan tugasnya sebagai peneliti keperawatan, perawat berwenang untuk:

- a. Melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika
- b. Menggunakan sumber daya pada fasilitas pelayanan kesehatan atas izin pimpinan
- c. Menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan

10. Peran Perawat Sebagai Komunikator

Komunikasi merupakan bagian integral dari semua peran keperawatan. Perawat berkomunikasi dengan klien, keluarga dan orang lain di komunitas. Dalam peran nya sebagai komunikator, perawat mengidentifikasi masalah klien dan kemudian mengkomunikasikannya secara lisan atau tertulis kepada anggota lain dalam tim perawatan kesehatan atau multidisiplin (Berman, Snyder and Frandsen, 2016). Kualitas komunikasi perawat merupakan faktor penting dalam asuhan keperawatan. Perawat harus dapat berkomunikasi dengan jelas dan akurat agar kebutuhan perawatan kesehatan klien terpenuhi. Dalam implementasi di masyarakat perawat komunitas harus mampu bekerja sama dengan semua sector dan semua yang terlibat dalam proses penyelesaian permasalahan yang ditemukan di lingkup masyarakat.

6.3 Pembaharuan (Change Agent)

Dapat berperan sebagai agen pembaharu terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat terutama dalam merubah perilaku dan pola hidup yang erat kaitannya dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (Harmili and Kristiana, 2021). Dalam menjalankan peran sebagai agen pengubah, perawat harus dapat mengenali komunitas di mana dia melayani sehingga dapat mengumpulkan dan menganalisa fakta yang ada atau masalah yang ada.

Faktor-faktor yang mendukung pengambilan dan penggunaan perubahan (Potter and Perry, 2010):

1. Klien memandang bahwa inovasi dan perubahan adalah sebuah keuntungan, sebagai contoh; kemampuan sosial, ekonomi, komunitas merupakan hal yang penting bagi pihak-pihak yang mengambil dan menggunakan perubahan
2. Inovasi dan perubahan sesuai dengan nilai-nilai yang ada dikomunitas. Perawat sebagai agen pengubah menjelaskan kebutuhan klien dan memberi masukan untuk perubahan yang sesuai dengan kebutuhan klien
3. Klien dapat mencoba inovasi yang ditawarkan
4. Klien akan lebih mudah mengadopsi inovasi dan perubahan yang sederhana dibandingkan dengan yang kompleks
5. Sebuah inovasi dapat dimengerti dan digunakan
6. Klien akan mengadopsi inovasi lebih cepat jika agen pengubah menjelaskan kegunaan dan manfaat dari inovasi.

6.4 Fungsi Perawat Komunitas

Peran Perawat komunitas sebagai manager kasus di dalam implementasinya perawat komunitas harus dapat berfungsi untuk melakukan tindakan sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini penting dilakukan agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan komunitas.
2. Menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas. Rencana ini dibuat berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan.
3. Mengoordinasikan aktivitas tim kesehatan multidisiplin sehingga pelayanan yang diberikan dapat optimal dan tepat sasaran.
4. Menilai kualitas pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Sebagai manager, hal ini penting untuk meningkatkan pengelolaan berikutnya.

Sebagai pelaksana asuhan keperawatan, perawat dapat berfungsi untuk:

1. melakukan pengkajian secara komprehensif;
2. menetapkan masalah keperawatan komunitas;
3. menyusun rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan potensi komunitas;
4. melakukan tindakan keperawatan langsung mencakup tindakan mandiri (seperti melakukan perawatan luka, melatih napas dalam dan batuk efektif, melatih latihan rentang gerak/rom, dan sebagainya), serta tindakan kolaboratif (seperti pemberian obat TBC dan sebagainya);
5. mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan;
6. mendokumentasikan semua tindakan keperawatan.

Fungsi yang dapat dijalankan oleh perawat komunitas dalam menjalankan perannya sebagai pendidik, yakni:

1. Mengidentifikasi kebutuhan belajar, yaitu apa yang ingin diketahui oleh komunitas, ini bisa diketahui saat perawat melakukan pengkajian komunitas.
2. Memilih metode pembelajaran (ceramah, diskusi, atau demonstrasi), dan materi yang sesuai dengan kebutuhan.
3. Menyusun rencana pendidikan kesehatan.
4. Melaksanakan pendidikan kesehatan.
5. Melatih komunitas/kelompok/keluarga tentang keterampilan yang harus dimiliki sesuai kebutuhannya.
6. Mendorong keluarga untuk melatih keterampilan yang sudah diajarkan perawat.
7. Mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan.

Fungsi Perawat komunitas sebagai advokat dalam implementasinya di antaranay adalah:

1. menyediakan informasi yang dibutuhkan komunitas atau keluarga untuk membuat keputusan;
2. memfasilitasi komunitas atau keluarga dalam mengambil keputusan;
3. membuka akses ke provider agar komunitas atau keluarga mendapatkan pelayanan yang terbaik (membangun jejaring kerja);
4. meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
5. melaksanakan fungsi pendampingan komunitas atau keluarga;
6. memberikan informasi terkait sumber-sumber pelayanan yang dapat digunakan;
7. memfasilitasi masyarakat dalam memanfaatkan sumber-sumber tersebut.

Bab 7

Promosi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Primer

7.1 Pendahuluan

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat dalam kesehatan saja, melainkan juga upaya untuk memperoleh perubahan perilaku individu.

Istilah promosi kesehatan selama ini selalu dihubungkan dengan penjualan, periklanan dan dipandang sebagai pendekatan propoganda yang didomai oleh penggunaan media masa. Dalam kontek kesehatan, promosi kesehatan berarti upaya memperbaiki kesehatan dengan cara memajukan, mendukung dan menempatkan kesehatan lebih tinggi dari agenda, baik secara perorangan maupun kelompok.

Oleh karena itu, aspek promosi kesehatan yang mendasar adalah melakukan pemberdayaan sehingga individu lebih mampu mengontrol aspek-aspek kehidupan mereka yang memengaruhi kesehatan (Ewles et al. 1994).

Promosi kesehatan juga berkaitan dengan pelayanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan kesehatan terdepan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan. Pusat Pelayanan kesehatan primer meliputi pelayanan di puskesmas, puskesmas keliling dan klinik/balai pengobatan. Pelayanan kesehatan primer ini pada umumnya bersifat rawat jalan/ambulasi *service* (sanusi, 2010). Maka penting bagi kita untuk mengerti tentang pentingnya promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan primer agar individu menjadi pilar yang kuat untuk menuju pada kesehatan.

7.2 Promosi Kesehatan

7.2.1 Pengertian Promosi Kesehatan

Green dan Kreuter (2005) menyatakan bahwa “Promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan dan kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas”.

“Promosi Kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya melalui pembelajaran.” (Syarifudin, 2009).

Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam Undang-Undang Kesehatan RI no 36 tahun 2009, disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah “Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia tersebut. Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan: “Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

Menurut WHO dalam Fitriani, (2011), promosi kesehatan sebagai “the proces of enabling inviduals and communities to increases control over the

determinan of health and there by improve their health” (proses yang mengupayakan individu dalam masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan faktor kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya).

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik dalam masyarakat maupun dengan organisasi dan lingkungannya. Perubahan lingkungan yang diharapkan dalam kegiatan promosi kesehatan meliputi lingkungan fisik dan non fisik, sosial budaya, ekonomi, dan politik. Promosi kesehatan adalah perpaduan dari berbagai macam dukungan baik pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan (Mubarak dkk, 2007).

7.2.2 Tujuan dan strategi promosi kesehatan

Tujuan promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Upaya untuk mewujudkan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui strategi yang baik. Strategi adalah cara yang digunakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam promosi kesehatan sebagai penunjang dari berbagai program kesehatan yang lainnya, seperti kesehatan lingkungan, peningkatan status gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, serta pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan keputusan WHO tahun 1994, strategi promosi kesehatan terdapat tiga bagian yaitu:

1. *Advocacy* (Advokasi)

Advocacy atau advokasi merupakan upaya untuk meyakinkan orang lain atau orang yang dapat membantu atau mendukung sesuatu yang diinginkan. Dalam promosi kesehatan, advokasi merupakan upaya pendekatan pada para pembuat keputusan atau pembuat kebijakan

diberbagai tingkatan dan bagian. Adanya upaya pendekatan tersebut, para pembuat kebijakan atau keputusan diharapkan dapat mendukung program kesehatan yang akan dilaksanakan. Bentuk-bentuk dukungan tersebut dapat berupa undang-undang, peraturan, surat keputusan, instruksi formal, dan lain-lain. Proses advokasi dapat melalui dua cara, yaitu formal dan informal.

Upaya formal dapat berupa presentasi atau seminar yang memaparkan tentang masalah-masalah dalam masyarakat, maupun pemaparan latar belakang program yang telah kita rencanakan. Selain upaya formal, upaya informal juga dapat dilakukan seperti mengadakan pertemuan maupun kunjungan pada para tokoh yang berhubungan langsung dengan program yang akan kita laksanakan. Selain memperoleh dukungan administratif dalam arti kebijakan, dukungan dana dan fasilitas pun dapat kita usulkan untuk mendapatkan dukungan.

2. Social Support (Dukungan Sosial)

Strategi dukungan sosial merupakan upaya untuk mencari dukungan sosial melalui beberapa tokoh yang sudah ada di masyarakat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan dari dukungan sosial adalah membuat tokoh masyarakat tersebut menjembatani yang menghubungkan sektor kesehatan dengan penerima program kesehatan dalam arti masyarakat. Melalui tokoh masyarakat tersebut, diharapkan masyarakat mau dan mampu menerima pengenalan atau sosialisasi segala program kesehatan yang akan diberikan.

Ukuran kesuksesan upaya dukungan sosial adalah dengan adanya partisipasi dari tokoh masyarakat dan masyarakat khususnya. Dukungan sosial ini dapat dikatakan adalah dalam rangka membina suasana yang kondusif untuk dapat menerima program kesehatan. Bentuk dukungan sosial di antaranya pelatihan tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, maupun bimbingan pada kader kesehatan. Sasaran dari dukungan sosial adalah seluruh tingkatan sosial yang ada di masyarakat tersebut.

3. Empowerment (Pemberdayaan Masyarakat)

Pemberdayaan Masyarakat merupakan upaya promosi kesehatan yang berfokus pada masyarakat langsung. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah menciptakan kemampuan masyarakat untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka secara mandiri. Pemberdayaan masyarakat juga sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol lebih besar atas keputusan dan tindakan yang memengaruhi kesehatan mereka, dengan tujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup mereka serta meningkatkan pengaruh mereka pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi (WHO, 2008).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok maupun masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Departemen Kesehatan RI, 2009). Tujuan yang mendasar dari pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan menurut WHO adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Berbagai bentuk pemberdayaan di masyarakat dapat diwujudkan melalui beberapa sektor. Salah satunya adalah sektor ekonomi seperti sistem koperasi, pelatihan untuk meningkatkan pendapatan keluarga. Peningkatan sektor ekonomi akan berdampak langsung pada kemampuan masyarakat untuk memelihara kesehatan mereka. Dampak tersebut dapat terwujud dalam bentuk pos obat desa, Polindes, dan lain-lain.

7.2.3 Sasaran Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan memiliki 3 jenis sasaran yaitu primer, sekunder dan tersier. Penjelasan sebagai berikut:

1. Sasaran Primer
Sasaran primer meliputi individu yang sehat dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat.
2. Sasaran Sekunder
Sasaran sekunder meliputi para pemuka di masyarakat, baik pemuka informal seperti pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain maupun pemuka formal seperti petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain. Organisasi kemasyarakatan dan media massa.
3. Sasaran Tersier
Sasaran tersier meliputi para pembuat kebijakan publik yang membuat peraturan perundang-undangan dalam bidang kesehatan dan di luar bidang kesehatan yang berkaitan serta para penyedia sumber daya (Maulana 2009).

7.2.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup dalam promosi kesehatan tidak dibatasi oleh ruang dan waktu, sehingga dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, yaitu:

1. Ruang Lingkup Berdasarkan Area Masalah
Dilihat dari area masalah, ruang lingkup upaya promosi mencakup berbagai ideologi dari kesehatan dan penyakit seperti kesehatan ibu, kesehatan anak, penyakit infeksi dan penyakit infeksi menular, penyakit tidak menular, kecelakaan dan bencana, kesehatan manula. Pada saat ini, model kesehatan yang baru yaitu social model of health, mulai diterima, meninggalkan medical model. Pada model sosial, masalah kesehatan dilihat lebih pada penyebabnya, bukan semata-mata dengan mengobati penyakit yang merupakan akibat dari masalah kesehatan.

2. Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pencegahan

Oleh karena masyarakat berada dalam berbagai status atau kondisi, maka promosi kesehatan harus bersifat komprehensif. Di dalam upaya kesehatan, dikenal 5 tingkat pencegahan dari Leavell and Clark (1967):

a. Pencegahan primer, yang terdiri dari:

- 1) Peningkatan derajat kesehatan (health promotion)
- 2) Perlindungan khusus (specific protection) Pencegahan sekunder
- 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment)
- 4) Pembatasan cacat (disability limitation).

b. Pencegahan tersier.

Rehabilitasi (rehabilitation) Ruang lingkup promosi kesehatan yang bersifat komprehensif harus mencakup kelima tingkat pencegahan tersebut.

3. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Dasar Deklarasi Alma Ata (1978) yang terkenal dengan visi “Sehat untuk semua tahun 2000” menghasilkan konsep Pelayanan Kesehatan dasar (Primary Health Care), yang meliputi: Acute primary care; Health education; Health promotion; *Disease surveillance and monitoring*; *Community Development*. *Sigerist* (1945) mengategorikan berbagai upaya seperti di atas dalam empat tingkat pelayanan dan menyebutnya sebagai fungsi kedokteran (Tones and Green, 2004: 14):

- a. Peningkatan derajat kesehatan (health promotion);
- b. Pencegahan penyakit (prevention of disease);
- c. Perawatan/pengobatan penyakit (curation of disease);
- d. Pemulihan dari sakit (rehabilitation).

WHO menggaris bawahi seperangkat kegiatan minimal yang harus Dilaksanakan dalam pelayanan kesehatan dasar, beberapa di antaranya sangat berkaitan dengan determinan kesehatan yang telah diuraikan sebelumnya. Kegiatan kegiatan itu ialah:

- a. Pendidikan kesehatan masyarakat untuk mengenal masalah-masalah kesehatan serta cara-cara untuk mencegah dan menanggulangi.
 - b. Peningkatan ketersediaan pangan dan nutrisi.
 - c. Penyediaan air bersih dan kebutuhan sanitasi dasar
 - d. Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, Imunisasi.
 - e. Pencegahan dan penanggulangan penyakit endemi lokal.
 - f. Pengobatan yang memadai untuk penyakit umum dan kecelakaan.
 - g. Penyediaan obat yang esensial.
4. Ruang Lingkup Aktivitas

Diperluasnya peran Pendidikan Kesehatan menjadi Promosi Kesehatan oleh WHO menggambarkan juga luasnya ruang lingkup aktivitas promosi kesehatan. Ottawa Charter mengemukakan 5 (lima) pilar utama/cara untuk mempromosikan kesehatan (yang bunyi pernyataannya sesungguhnya bersifat perintah), yaitu:

- a. *Build Healthy Public Policy* (Buat kebijakan publik yang sehat);
- b. *Create Supportive Environment* (Ciptakan lingkungan yang mendukung);
- c. *Strengthen Community Action* (Perkuat kegiatan masyarakat);
- d. *Develop Personal Skills* (Kembangkan / tumbuhkan keterampilan pribadi);
- e. *Reorient Health Services* (Orientasi ulang pelayanan kesehatan).

Ruang lingkup aktivitas yang lebih operasional dapat kita rujuk ke definisi yang dikemukakan *Green dan Kreuter* serta Kerangka *Precede-Proceed*, yang meliputi aktivitas pendidikan kesehatan, pembuatan dan pelaksanaan kebijakan, peraturan serta upaya organisasi. Kedua aktivitas ini merupakan intervensi yang bersifat langsung terhadap perilaku, akar-akar perilaku atau lingkungan. Aktivitas lain yang sangat mutlak agar aktivitas yang disebut di atas dapat dihasilkan dan dijalankan advokasi.

5. Ruang Lingkup Perilaku Kesehatan

Becker menguraikan perilaku kesehatan dalam tiga domain, yakni pengetahuan kesehatan (Health knowledge), sikap terhadap kesehatan (health attitude) dan praktik kesehatan (health practice). Konsep perilaku sehat ini merupakan pengembangan dari konsep perilaku yang dikembangkan Benjamin Bloom. Hal ini berguna untuk mengukur seberapa besar tingkat perilaku kesehatan individu yang menjadi unit analisis. Becker mengklasifikasikan perilaku kesehatan dalam tiga dimensi:

- a. Pengetahuan Kesehatan. Pengetahuan tentang kesehatan mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan, seperti pengetahuan tentang penyakit menular, pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan atau memengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan.
- b. Sikap terhadap kesehatan. Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, seperti sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular, sikap terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau memengaruhi kesehatan, sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan sikap untuk menghindari kecelakaan.
- c. Praktek kesehatan. Praktek kesehatan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan, seperti tindakan terhadap penyakit menular dan tidak menular, tindakan terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau memengaruhi kesehatan, tindakan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan tindakan untuk menghindari kecelakaan.

7.3 Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer/ *Primary Health Care* (PHC) merupakan pelayanan kesehatan esensial yang bisa dijangkau secara universal oleh individu dan keluarga dalam masyarakat. Fokus jangkauan dari pelayanan kesehatan primer sangat luas, dan merangkum berbagai aspek masyarakat serta kebutuhan kesehatan. PHC merupakan pola penyajian pelayanan kesehatan di mana konsumen pelayanan kesehatan menjadi mitra dengan profesi (tenaga kesehatan), serta turut mencapai tujuan umum kesehatan yang lebih baik.

World Health Essembly pada tahun 1977 telah menghasilkan kesepakatan global untuk mencapai “kesehatan bagi semua atau Health for All”, yaitu tercapainya suatu derajat kesehatan yang optimal, yang memungkinkan setiap orang hidup produktif, baik secara social maupun ekonomi. Selanjutnya, pada tahun 1978, Konferensi Alma Ata menetapkan *Primary Health Care* sebagai pendekatan atau strategi global untuk mencapai kesehatan bagi semua (KBS) atau *health for all by the year 2000* (HFA 2000). Dalam konferensi tersebut, Indonesia juga ikut menandatangani dan telah mengambil kesepakatan global pula dengan menyatakan bahwa untuk mencapai kesehatan bagi semua tahun 2000 kuncinya adalah *primary health care* (PHC).

7.3.1 Pengertian Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer atau PHC adalah strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk. PHC menekankan pada perkembangan yang bisa diterima, terjangkau, secara esensial dapat diraih, dan mengutamakan pada peningkatan serta kelestarian yang disertai percaya pada diri sendiri, disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan.

PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan pada metode dan teknologi praktis, ilmiah, dan sosial yang dapat diterima secara umum, baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat, melalui partisipasi sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan masyarakat dalam semangat untuk dapat hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*).

Selain itu, PHC juga:

1. Menggambarkan keadaan sosial ekonomi, budaya, dan politik masyarakat dan berdasarkan penerapan hasil penelitian kesehatan-sosial-biomedis dan pelayanan kesehatan masyarakat.
2. Ditujukan untuk mengatasi masalah utama kesehatan masyarakat dengan upaya preventif, promotif, kuratif, dan *rehabilitative*.
3. Minimal mencakup penyuluhan tentang masalah kesehatan utama dan cara pencegahan dan pengendaliannya, penyediaan makanan dan peningkatan gizi, penyediaan sanitasi dasar dan air bersih, pembinaan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, imunisasi terhadap penyakit menular utama dan pencegahan penyakit endemi, pengobatan penyakit umum dan cedera, serta penyediaan obat esensial.
4. Melibatkan dan meningkatkan Kerjasama lintas sektor dan aspek-aspek pembangunan nasional dan masyarakat, di samping sector kesehatan terutama pertanian, peternakan, industri makanan, pendidikan, penerangan, agama, perumahan, pekerjaan umum, perhubungan, dan sebagainya.
5. Membutuhkan sekaligus meningkatkan kepercayaan diri masyarakat serta perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian PHC serta penggunaan sumber daya yang ada.
6. Ditunjang oleh sistem rujukan upaya kesehatan secara terpadu fungsional dan timbal-balik guna memberikan pelayanan secara menyeluruh, dengan memprioritaskan golongan masyarakat yang paling membutuhkan.
7. Didukung oleh tenaga kesehatan professional dan masyarakat, termasuk tenaga kesehatan tradisional yang terlatih dalam bidang teknis dan sosial untuk bekerja sebagai tim kesehatan yang mampu bekerja bersama masyarakat dan membangun peran serta masyarakat.

Hal-hal yang mendorong pengembangan konsep *Primary Health Care* antara lain:

1. Kegagalan penerangan teknologi pelayanan medis tanpa disertai orientasi aspek sosial-ekonomi-politik.
2. Penyebaran konsep pembangunan yang mengaitkan kesehatan dengan sektor pembangunan lainnya serta menekankan pentingnya keterpaduan, kerjasama lintas sektor, dan pemerataan/perluasan daya jangkau upaya kesehatan.
3. Keberhasilan pembangunan kesehatan dengan pendekatan peran serta masyarakat di beberapa Negara.

7.3.2 Unsur PHC

Tiga unsur utama yang terkandung dalam PHC adalah:

1. Mencakup upaya dasar kesehatan
2. Melibatkan peran serta masyarakat (PSM)
3. Melibatkan kerja sama lintas sektoral

7.3.3 Prinsip Dasar PHC

Lima prinsip dasar PHC adalah:

1. Pemerataan upaya kesehatan
2. Penekanan pada upaya preventif
3. Menggunakan teknologi tepat guna
4. Melibatkan peran serta masyarakat
5. Melibatkan kerjasama lintas sektoral

7.3.4 Program PHC

Program PHC antara lain:

1. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
2. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
3. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
4. Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana

5. Imunisasi terhadap penyakit infeksi utama
6. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemic setempat
7. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa
8. Penyediaan obat-obat esensial

7.3.5 Tujuan PHC

1. Tujuan Umum
Mencoba menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.
2. Tujuan Khusus
 - a. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani.
 - b. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani.
 - c. Pelayanan harus berdasar kebutuhan medis dari populasi yang dilayani.
 - d. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

7.3.6 Fungsi PHC

PHC hendaknya memenuhi fungsi sebagai berikut:

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

7.3.7 Ciri-ciri PHC

1. Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
2. Pelayanan yang menyeluruh
3. Pelayanan yang terorganisasi

4. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat
5. Pelayanan yang berkesinambungan
6. Pelayanan yang progresif
7. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
8. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja

7.3.8 Tanggung jawab Perawatan dalam PHC

1. Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan Kesehatan.
2. Kerjasama dengan masyarakat, keluarga, dan individu.
3. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan sendiri pada masyarakat.
4. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat.
5. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat

7.3.9 Perkembangan Primary Health Care di Indonesia

Setelah melewati satu periode pembangunan jangka panjang pertama selama 25 tahun, pelayanan kesehatan di Indonesia sudah semakin berkembang. Pada tahun 1982, disusunlah sistem kesehatan nasional (SKN) yang dijadikan dasar penyusunan rencana pembangunan jangka panjang di bidang kesehatan sampai dengan tahun 2000. RPJPK ini telah dijabarkan ke dalam program lima tahunan disesuaikan dengan perkembangan dan transisi masalah kesehatan serta kependudukan. Kajian perkembangan pelayanan kesehatan Indonesia digulirkan sejak Pelita 1 tahun 1971. Orientasi sistem pelayanan kesehatan Indonesia mulai diarahkan untuk mendukung kebijakan pengembangan pelayanan kesehatan dasar (primary health care oriented community based oriented health care services). Sistem ini mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat promosi kesehatan dan pencegahan. Perubahan orientasi sejak Pelita 1 tersebut ditandai dengan didirikannya Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Hingga akhir tahun 2000, lebih dari 7000 Puskesmas didirikan dan tersebar luas sampai ke tingkat kecamatan. Pembangunan Puskesmas Pembantu dan pos-pos kesehatan juga tersebar luas sampai ke tingkat desa.

Misi utama pelayanan kesehatan primer ini adalah memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat yang tinggal di suatu wilayah melalui kegiatan monitoring pertumbuhan bayi (penimbangan, pelayanan kesehatan untuk anak), distribusi oralit, promosi penggunaan ASI, imunisasi, penyediaan air bersih, pemberian makanan tambahan (vitamin A, tablet besi, dan kapsul yodium), dan pelayanan KB dengan biaya yang relative murah. Setelah selama 35 tahun Indonesia mengembangkan Primary Health Care Services, Indonesia sudah mencatat sukses besar dengan adanya penurunan tingkat kematian bayi (infant mortality rate/IMR), tingkat fertilitas (fertility rate/FR), tingkat kematian ibu bersalin (maternal mortality rate/MMR), angka kematian kasar (crude death rate/CDR), dan angka kesakitan karena beberapa penyakit menular, terutama yang bisa dicegah dengan imunisasi serta memperpanjang angka harapan hidup (expectation of life).

Bab 8

Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

8.1 Pendahuluan

Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (UU RI No.38, 2014). Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan yang profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan. Bentuk dari pelayanan ini mencakup wilayah biologi, psikologi, sosial, dan spiritual secara komprehensif. Objek yang menjadi tujuan keperawatan adalah individu, keluarga, dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup siklus hidup manusia (Bakri, 2017).

Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit (UU RI No.38, 2014).

Keluarga terdiri dari dua atau lebih individu yang disatukan oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi (Nadirawati, 2018). Keluarga merupakan salah satu elemen terkecil dari masyarakat. Keberadaan keluarga di masyarakat akan menentukan perkembangan masyarakat (stanhope & Lancaster, 1996 dalam

Susanto, 2012). Keluarga menjadi tempat sentral bagi pertumbuhan dan perkembangan individu, sehingga keluarga menjadi salah satu aspek terpenting dari keperawatan (Susanto, 2012). Keluarga telah lama dipandang sebagai konteks yang paling vital bagi pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. Keluarga memiliki pengaruh penting terhadap pembentukan identitas dan konsep diri individu-individu yang menjadi anggotanya (Padila, 2012).

Perawatan kesehatan keluarga merupakan tingkat perawatan kesehatan perawatan kesehatan masyarakat, akan tetapi mengambil fokus pada keluarga. Dalam pengertian ini, keluarga dianggap sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan tujuan agar seluruh anggota keluarga sehat (Bailon dan Aracele, 1978 dalam Bakri, 2017).

Bailon dan Aracele, 1978 dalam Bakri (2017) menyatakan bahwa dalam perawatan kesehatan ada tiga tingkatan asuhan keperawatan. Pertama, tingkat individu, perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu dalam suatu kasus penyakit, misalnya pasien diabetes, tuberkulosis, ibu hamil, dan lain sebagainya. Tingkat kedua adalah keluarga. Perhatian utamanya adalah masalah keluarga, misalnya keluarga ibu hamil, keluarga dengan anak retardasi, dan lain sebagainya. Sementara pada tingkat tiga, asuhan keperawatan difokuskan kepada individu atau keluarga tetapi dalam konteks yang lebih luas, yaitu sebagai bagian dari sistem sosial. Misalnya perawatan dalam kasus penanggulangan penyakit tingkat masyarakat pada kondisi endemik malaria, endemik kolera, dan lain sebagainya.

8.2 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga merupakan suatu cara membangun interaksi dengan klien yang akan berguna bagi perawat untuk mengumpulkan informasi, mengadvokasi pasien, mengintervensi pasien, dan melakukan perawatan. Dari cara ini kemudian perawat keluarga akan menyatakan kondisi keluarga, serta memberikan saran proses perawatan, dan melaporkan setiap progres perawatan (Bakri, 2017).

Sebagaimana dibahas sebelumnya bahwa kesehatan keluarga sangat kompleks dan luas. Oleh sebab itu dibutuhkan pembatasan terhadap lingkup keperawatan

keluarga agar tidak terjadi *over* laping penanganan kesehatan. *Wright* dan *Leahey*, 2009 dan *White*, 2002 dalam Bakri, (2017) menggambarkan ruang lingkup keperawatan keluarga sebagai berikut:

1. Segala penyakit yang memiliki dampak mengganggu anggota keluarga. Hal ini biasanya terjadi pada penyakit kronis, karena fokus anggota keluarga pasti mengarah pada satu anggota keluarga yang sakit tersebut.
2. Situasi di mana anggota keluarga mungkin berkontribusi pada gejala atau masalah individu. Contohnya seperti anoreksia.
3. Keadaan di mana penyakit pada satu anggota keluarga berhubungan dengan pengurangan atau peningkatan gejala pada anggota keluarga lain. Contohnya adalah ketegangan.
4. Gejala pada orang tua dihubungkan dengan penyakit kronis yang dapat menurun pada anaknya.
5. Kegagalan untuk melakukan transisi perkembangan yang normal. Misalnya usia sudah cukup dewasa tetapi pola pikirnya masih kekanak-kanakan. Artinya, di usia dewasa muda kemampuan belajar masih tertinggal.
6. Mengatur transisi terkait penyakit atau tempat perawatan. Misalnya, kepindahan dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya dengan perawatan dalam jangka panjang.
7. Mengurus bagian tertentu, jika anggota keluarga ada yang meninggal.

8.3 Faktor Yang Memengaruhi Keperawatan Keluarga

Perkembangan sosial turut memengaruhi keperawatan kesehatan keluarga. Ketika gaya hidup dan perilaku individu dalam keluarga berkembang, disaat itu pula perawatan kesehatan keluarga mengalami perkembangan. Mencermati perkembangan belakangan ini, Zaidin Ali, dalam Bakri, (2017) merumuskan beberapa perkembangan perawatan keluarga sebagai berikut:

1. Masyarakat mulai menyadari tentang perlunya peningkatan kesehatan dan perawatan kesehatan secara menyeluruh kepada setiap anggota keluarga. Hal ini secara tidak langsung juga memberikan pengakuan kepada keperawatan.
2. Peningkatan populasi lanjut usia dan berkembangnya berbagai penyakit kronis menambah kesadaran masyarakat akan arti penting perawatan keluarga.
3. Penelitian tentang keperawatan keluarga juga berbanding lurus dengan perkembangan tersebut. Perkembangan riset dalam bidang ini menunjukkan peningkatan yang pesat.
4. Dengan penelitian tersebut, maka tampak bahwa sebenarnya banyak keluarga yang bermasalah dalam masyarakat kita.
5. Keperawatan keluarga menjadi kebutuhan umum sehingga banyak kajian yang tersebar luas. Kajian tersebut berkisar pada pembahasan teori umum tentang keluarga, teori kedekatan, dan teori sistem umum.
6. Terapi keluarga dan perkawinan beralih dari terapi pertumbuhan ke klinik layanan anak, perkawinan, dan keluarga.

8.4 Tujuan Perawatan Kesehatan Keluarga

Tujuan keperawatan keluarga menurut Hanson dalam Bakri, (2017) adalah untuk mempromosikan, mempertahankan dan memulihkan kesehatan keluarga. Selain itu, keperawatan keluarga juga diwajibkan untuk memperhatikan interaksi antar anggota keluarga dan hubungannya dengan keluarga lain serta masyarakat. Secara rinci, tujuan keperawatan keluarga terbagi dalam tujuan umum dan khusus.

1. Tujuan umum
Keperawatan keluarga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menjaga dan melestarikan kesehatan keluarga. Hal ini

akan berguna menunjukkan bagaimana tingkat kualitas kesehatan keluarga.

2. Tujuan khusus

Selain tujuan didepan, ada lagi tujuan yang bersifat khusus dan tertutup. Beberapa tujuan tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga.
- b. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menaggulangi masalah-masalah kesehatan dasar dalam keluarga.
- c. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga.
- d. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit dan dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga.
- e. Meningkatkan produktivitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidupnya.

8.5 Fungsi Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga membantu sebuah keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Perawat keluarga akan melakukan beberapa hal terkait fungsinya, yaitu:

1. Pengamatan terhadap si sakit
2. Tindakan perawatan
3. Tindakan pengobatan
4. Pencatatan
5. Penyuluhan kesehatan

Dengan menjalankan lima fungsi tersebut diharapkan keluarga mampu meningkatkan kesanggupannya untuk melakukan fungsi dan tugas perawatan Kesehatan keluarga (Bakri, 2017).

8.6 Peran Perawat Keluarga

Perawatan keluarga dianggap penting karena perawat keluarga memiliki peran memiliki peran yang cukup penting. Selain fungsinya di depan, perawat keluarga memiliki peran sebagai berikut.

1. Pendidik

Peran utama perawat keluarga adalah menyalurkan informasi berkenaan dengan kasus tertentu dan kesehatan keluarga pada umumnya, jika diperlukan. Untuk itu, perawat juga melakukan aktivitas pembelajaran dalam keluarga. Hal ini dilakukan agar:

- a. Keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan keluarga secara mandiri, dan
- b. Bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga.

2. Koordinator

Karena umumnya anggota keluarga bukanlah tenaga kesehatan, perawat kesehatan keluarga dapat bertindak menjadi koordinator dalam melakukan perawatan terhadap pasien. Koordinator diperlukan untuk mengatur program kegiatan atau terapi agar tidak terjadi tumpang tindih dan pengulangan, serta memudahkan jalannya perawatan.

3. Pelaksana

Perawatan secara langsung wajib diberikan oleh perawat kepada pasiennya, baik ketika berada di rumah, klinik maupun rumah sakit. Hal ini sudah menjadi tanggung jawab perawat. Perawat dapat mendemonstrasikan kepada keluarga asuhan keperawatan yang diebrikan dengan harapan anggota keluarga yang sehat dapat melakukan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit.

4. Pengawas Kesehatan

Perawat kesehatan wajib melakukan home visite atau kunjungan ke rumah secara teratur sebagai cara untuk mengontrol pasien. Jika ada kekurangan atau hal-hal yang dirasa perlu, maka perawat wajib menginformasikannya. Selain itu, perawat juga wajib untuk melakukan pengidentifikasian atau melakukan pengkajian tentang

kesehatan keluarga. Sementara bagi pihak keluarga, berhak untuk menerima segala informasi terkait anggota keluarga yang sakit.

5. Konsultan

Jika ada pertanyaan dari keluarga pasien, maka perawat harus bersedia menjadi narasumber atas segala pertanyaan tersebut. Begitu pula jika keluarga meminta saran dan nasihat. Oleh sebab itu, hubungan antara perawat dan keluarga pasien perlu dijalin dengan baik. Perawat harus mampu bersikap terbuka dan dapat dipercaya. Jika diperlukan, berikan nomor pribadi yang bisa diakses oleh keluarga pasien.

6. Kolaborasi

Selain berkoordinasi dan berkolaborasi dengan keluarga pasien, perawat harus pula memiliki komunitas atau berjejaring dengan perawat lain atau pelayanan rumah sakit. Hal ini dibutuhkan untuk mengantisipasi berbagai kejadian yang tidak diharapkan. Jika membutuhkan suatu hal yang mendadak, bisa segera meminta pertolongan pada pusat layanan terdekat.

7. Fasilitator

Perawat wajib mengetahui sistem layanan kesehatan seperti sistem rujukan, biaya kesehatan, dan fasilitas kesehatan lainnya. Pengetahuan ini sangat dibutuhkan agar perawat dapat menjadi fasilitator yang baik. Selain itu, akan sangat bermanfaat jika keluarga mengalami berbagai kendala. Misalnya pasien membutuhkan rujukan, atau pendanaan di keluarga sangat terbatas. Maka perawat dapat memberikan solusi yang tepat.

8. Peneliti

Yang dimaksud dengan peneliti disini adalah bahwa perawat harus pula dapat berperan sebagai pengidentifikasi atas kasus yang ada pada keluarga. Karena setiap keluarga memiliki karakter berbeda, maka terkadang penanganan dan dampak penyakit tersebut berbeda. Oleh sebab itu, perawat bertindak pula sebagai peneliti yang kemudian bisa menjadi temuan-temuan baru untuk kesehatan

masyarakat. Hal ini perlu dilakukan secara dini agar penyakit yang menjangkiti pasien tidak menjadi wabah.

9. Modifikasi lingkungan

Selain mengedukasi keluarga dengan informasi kesehatan, perawat harus pula dapat memodifikasi lingkungan. Perawat bisa menyampaikan kepada keluarga dan masyarakat sekitar jika ada beberapa bagian di lingkungan tersebut yang menjadi penyebab datangnya penyakit. Modifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat, berguna untuk menciptakan lingkungan yang sehat (Bakri, 2017).

8.7 Praktek pelayanan keperawatan keluarga

Perawat keluarga dapat memodifikasi lingkungan keluarga, memfasilitasi pencapaian tugas perkembangan keluarga, mempertahankan struktur dan fungsi keluarga, serta menadaptasikan keluarga terhadap *stressor* masalah di keluarga sehingga keluarga dapat mengatasi permasalahan kesehatan secara mandiri.

8.7.1 Karakteristik praktik keperawatan keluarga

Permasalahan kesehatan keluarga di Indonesia saat ini sangat kompleks. Keluarga di Indonesia mengalami masalah pada pertumbuhan dan perkembangan keluarga serta permasalahan keluarga yang berisiko ataupun rentan terhadap permasalahan kesehatan. Hal ini memerlukan peranan perawat keluarga dalam memberikan dukungan perawatan keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003 dalam Susanto, 2012).

Beberapa karakteristik praktik keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Praktik keperawatan keluarga ditekankan pada pengenalan dan integrasi konsep keluarga
2. Praktik keperawatan keluarga mencoba mengaplikasikan perspektif yang lebih luas seperti yang teridentifikasi dalam pendekatan perawat

terhadap asuhan keperawatan terutama dalam melakukan pengkajian keluarga.

3. Praktik keperawatan keluarga difokuskan pada interaksi keluarga dan dinamika keluarga.
4. Praktik keperawatan keluarga melibatkan anggota keluarga dalam asuhan, terutama dalam mengambil keputusan dan pemberian asuhan.

8.7.2 Faktor peningkatan perkembangan keperawatan keluarga

Praktik keperawatan keluarga dewasa ini mengalami beberapa perkembangan dalam pemberian pelayanan kepada keluarga dalam meningkatkan peranan keluarga dalam pelaksanaan tugas perkembangan dan kesehatan keluarga. Beberapa peningkatan perkembangan keperawatan keluarga didasarkan oleh beberapa kondisi yang ada di masyarakat (Friedman, Bowden, & Jones, 2003 dalam Susanto, 2012), adalah sebagai berikut:

1. Keperawatan keluarga meningkatnya pengenalan dalam keperawatan dan masyarakat terhadap kebutuhan promosi kesehatan dan bukan secara praktis berorientasi pada penyakit.
2. Adanya peningkatan jumlah populasi lansia dan pertumbuhan penyakit kronik.
3. Berkembangnya kesadaran keluarga untuk lebih memperhatikan masalah keluarga di komunitas.
4. Penerimaan secara umum teori-teori yang didasarkan keluarga seperti teori interpersonal tertentu.
5. Terapi keluarga dan perkawinan beralih dan tumbuh dalam pedoman klinik dan layanan anak, perkawinan dan keluarga.
6. Pertumbuhan penelitian-penelitian keluarga dan penemuan yang signifikan mendorong perkembangan keperawatan keluarga.

8.7.3 Tingkatan Praktik Keperawatan Keluarga

Tingkatan praktik keperawatan keluarga dapat dibedakan menjadi empat (Friedman, Bowden, & Jones, 2003 dalam Susanto, 2012), yaitu:

1. Tingkat I: Keluarga sebagai konteks

- a. Keperawatan keluarga dikonseptualisasikan sebagai bidang di mana keluarga dipandang sebagai konteks bagi klien atau anggota keluarga.
 - b. Asuhan keperawatan berfokus pada individu.
 - c. Keluarga merupakan latar belakang atau fokus sekunder dan individu bagian terdepan atau fokus primer yang berkaitan dengan pengkajian dan intervensi.
 - d. Perawat dapat melibatkan keluarga sampai tingkatan tertentu.
 - e. Kebanyakan area spesialis memandang keluarga sebagai lingkungan sosial yang krusial dari klien, dengan demikian keluarga menjadi sumber dukungan utama. Ini disebut asuhan berfokus pada keluarga.
2. Tingkat II: Keluarga sebagai penjumlahan anggotanya
 - a. Keluarga dipandang sebagai kumpulan atau jumlah anggota keluarga secara individu, oleh karena itu perawatan diberikan pada semua anggota keluarga.
 - b. Model ini dipraktikkan secara implisit dalam keperawatan kesehatan komunitas.
 - c. Dalam tingkatan ini, garis depannya adalah masing-masing klien yang dilihat sebagai unit yang terpisah dari unit yang berinteraksi.
3. Tingkat III: Subsistem keluarga sebagai klien
 - a. Subsistem keluarga adalah fokus dan penerima pengkajian dan intervensi.
 - b. Keluarga inti, keluarga besar dan subsistem keluarga lainnya adalah unit analisis dan asuhan.
 - c. Contoh foci keperawatan adalah hubungan anak dan orang tua, interaksi perkawinan, isu-isu pemberi perawatan, dan perhatian (concern) pada bonding attachment.
4. Tingkat IV: Keluarga sebagai klien
 - a. Keluarga dipandang sebagai klien atau sebagai fokus utama pengkajian atau asuhan.

- b. Keluarga menjadi bagian depan dan anggota keluarga secara individu sebagai latar belakang atau konteks.
- c. Keluarga dipandang sebagai sistem yang saling berinteraksi.
- d. Fokus hubungan dan dinamika keluarga secara internal, fungsi dan struktur keluarga sama baik dalam berhubungan dengan subsisten keluarga dalam keseluruhan dan dengan lingkungan luarnya.
- e. Sistem keperawatan keluarga menggunakan pengkajian klinik lanjut (advanced) dan keterampilan intervensi berdasarkan pada integrasi keperawatan, terapi keluarga dan teori sistem.

8.8 Stres dan Koping keluarga

Secara terus-menerus, keluarga diharapkan pada perubahan. Stimulus untuk perubahan ini datang dari luar dan dalam. Stimulus ini disebut dengan stresor. Stresor merupakan agen pencetus stres atau penyebab yang mengaktifkan stres, seperti kejadian-kejadian dalam hidup yang cukup serius (lingkungan, ekonomi, sosial budaya) yang menimbulkan perubahan-perubahan dalam sistem keluarga (Hill dalam Nadirawati, 2018). Stres adalah respon atau keadaan yang dihasilkan oleh stresor atau tuntutan-tuntutan nyata yang belum tertangani. Stres merupakan tekanan dalam diri seseorang atau sistem sosial (individu, keluarga, dan lain-lain) (Burgess dalam Nadirawati, 2018). Adaptasi merupakan suatu proses penyesuaian terhadap perubahan yang dapat positif atau negatif yang dapat memengaruhi meningkat atau menurunnya kesehatan keluarga.

Ada tiga strategi untuk adaptasi menurut White dalam Nadirawati, (2018) yaitu:

1. Mekanisme pertahanan

Mekanisme pertahanan merupakan cara-cara yang dipelajari, kebiasaan, otomatis untuk berespons yang bertujuan untuk menghindari masalah-masalah yang dimiliki stresor dan biasanya digunakan apabila tidak ada penyelesaian yang jelas dalam keluarga.

2. Strategi koping

Strategi koping merupakan perilaku koping atau upaya-upaya koping dan merupakan strategi yang positif, aktif, serta khusus untuk masalah yang disesuaikan untuk penyelesaian suatu masalah yang dihadapi keluarga.

3. Penguasaan

Penguasaan merupakan strategi adaptasi yang paling positif karena keadaan koping benar-benar diatasi sebagai hasil dari upaya-upaya koping yang efektif dan dipraktikkan dengan baik yang didasarkan pada kompetensi keluarga.

Sumber koping keluarga yang internal terdiri dari kemampuan keluarga yang menyatu sehingga dalam suatu keluarga yang mempunyai koping internal yang baik apabila keluarga tersebut mempunyai ciri, seperti pengontrolan, subsistem, pola komunikasi, dan terintegrasi dengan baik. Adapun sumber koping eksternal berhubungan dengan penggunaan sistem pendukung sosial oleh keluarga (Nadirawati, 2018).

Krisis merupakan suatu keadaan dalam kehidupan keluarga yang penuh dengan stres atau rentetan kejadian yang sangat menuntut sumber-sumber keluarga, kemampuan koping keluarga, tetapi tanpa ada penyelesaian masalah. Ada dua krisis yang sering menimpa keluarga, yaitu krisis perkembangan dan situasi (Nadirawati, 2018).

Krisis perkembangan (maturasional) adalah krisis yang berasal dari kejadian-kejadian stresor yang dialami keluarga dalam proses perkembangan psikososial dari anggota keluarga dalam tahap-tahap kehidupan normal. Adapun krisis situasi adalah kejadian yang secara normal tidak diharapkan seperti kematian anggota keluarga (Nadirawati, 2018).

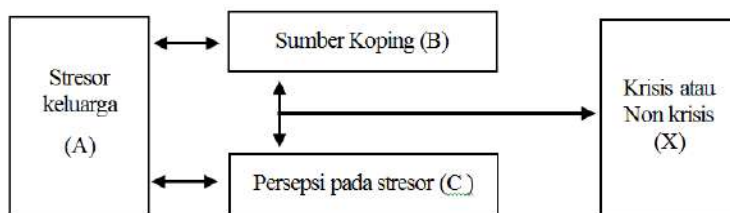
Menurut Nadirawati (2018) pengkajian untuk mengetahui stres dalam keluarga yang perlu diperhatikan adalah: 1) apakah masalah dalam keluarga diurus secara memadai oleh anggota keluarga?; 2) jika ada krisis, apakah krisis tersebut termasuk bagian dari ketidakmampuan keluarga untuk menyelesaikan masalah?.

8.9 Teori Krisis Keluarga Menurut Hill (1949)

Teori stres klasik dari Hill, (1949) dalam Nadirawati (2018) adalah model yang paling mengesankan dan paling hemat yang melukiskan faktor-faktor yang menghasilkan krisis dan non krisis dalam keluarga. Hill mengembangkan beberapa variabel utama yang dapat menimbulkan krisis keluarga yang dikenal dengan teori ABCX.

Teori ini mempunyai dua kerangka kerja, yaitu:

1. Determinan-determinan krisis keluarga meliputi: A (Kejadian dan kesulitan-kesulitan) berinteraksi dengan B (krisis keluarga memenuhi sumber-sumber) berinteraksi dengan C (definisi kejadian yang dibuat keluarga) menghasilkan X (krisis).
2. Sebuah pernyataan yang lebih berorientasi pada proses, mengingat jalannya penyesuaian setelah krisis. Proses tersebut meliputi: 1) periode disorganisasi; 2) sudut pemulihan; dan c) reorganisasi dan sebuah tingkat organisasi baru dalam kaitannya berfungsinya keluarga. Lihat gambar 8.1:



Gambar 8.1: Teori stres dari Hill (Nadirawati, 2018)

8.10 Strategi Koping keluarga

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai, dan respon terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi diri individu. Dua tipe koping keluarga adalah strategi koping keluarga internal/*intrafamilial* dan strategi koping keluarga eksternal.

Strategi koping keluarga internal memiliki tujuh jenis strategi, yaitu:

1. Mengandalkan kelompok keluarga

Keluarga tertentu saat mengalami tekanan mengatasi dengan menjadi lebih bergantung pada sumber mereka sendiri. Bersatu adalah satu dari proses penting dalam badai kehidupan keluarga. Keluarga berhasil melalui masalah dengan menciptakan struktur dan organisasi yang lebih besar di rumah dan keluarga. Ketika keluarga menetapkan struktur yang lebih besar, hal ini merupakan upaya untuk memiliki pengendalian yang lebih besar terhadap keluarga mereka.

2. Humor

Humor tidak hanya dapat menambah semangat, humor juga dapat meningkatkan sistem imun seseorang dalam mendorong penyembuhan. Demikian juga bagi keluarga, rasa humor adalah sebuah aspek penting. Humor dapat memperbaiki sikap keluarga terhadap masalah dan perawatan kesehatan, serta mengurangi kecemasan dan ketegangan. Humor dan tawa dapat dipandang sebagai alat perawatan diri untuk mengatasi stres karena kemampuan tertawa dapat memberikan seseorang perasaan memiliki kekuatan terhadap situasi. Humor dan tawa dapat menumbuhkan sikap positif dan harapan, bukan perasaan tidak berdaya atau depresi dalam situasi penuh stres. Saat ini, humor sudah digunakan sebagai bentuk terapi dalam menghadapi stres.

3. Pengungkapan masalah bersama

Salah satu aspek yang membuat keluarga semakin erat serta mengelola tingkat stres dan moral yang dibutuhkan keluarga adalah

dengan berbagi perasaan dan pemikiran serta terlibat dalam aktivitas keluarga.

4. Mengontrol arti dan makna masalah

Keluarga yang menggunakan strategi koping ini cenderung melihat aspek positif dari peristiwa hidup penuh stres dan membuat peristiwa penuh stres menjadi tidak terlalu penting dalam hierarki nilai keluarga. Hal ini ditandai dengan anggota keluarga yang memiliki rasa percaya dalam mengatasi keganjilan dengan keluarga yang memiliki rasa percaya dalam mengatasi keganjilan dengan mempertahankan pandangan optimistik terhadap peristiwa, memiliki harapan, dan berfokus pada kekuatan dan potensi.

5. Penyelesaian masalah bersama

Reiss menyebutkan keluarga yang menggunakan proses penyelesaian masalah yang efektif sebagai keluarga yang peka terhadap lingkungan.

6. Fleksibilitas peran

Fleksibilitas peran adalah satu dari dimensi utama adaptasi keluarga. Keluarga harus mampu beradaptasi terhadap perubahan perkembangan dan lingkungan. Ketika keluarga berhasil mengatasi, maka keluarga mampu memelihara suatu keseimbangan dinamik antara perubahan dan stabilitas. Fleksibilitas peran memungkinkan keseimbangan ini berlanjut.

7. Menormalkan

Strategi koping keluarga fungsional adalah kecenderungan bagi keluarga untuk normalisasi sesuatu sebanyak mungkin saat mereka mengatasi stresor jangka panjang yang cenderung mengganggu kehidupan keluarga dan aktivitas rumah tangga (Nadirawati, 2018).

Bab 9

Struktur dan Fungsi keluarga

9.1 Pendahuluan

Keluarga merupakan perkumpulan dua orang atau lebih individu yang hidup bersama dalam keterikatan, emosional dan setiap individu memiliki peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Fatimah, 2010). Menurut Mubarak (2009), keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih adopsi, dan setiap anggota keluarga saling berinteraksi satu dengan lainnya. Sedangkan menurut UU No. 52 Tahun 2009, mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Wirdhana et al., 2012).

Keluarga merupakan lingkungan yang pertama dan utama bagi perkembangan individu, karena sejak kecil anak tumbuh dan berkembang dalam lingkungan keluarga. Karena itulah peranan orang tua menjadi amat sentral dan sangat besar bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, baik itu secara langsung maupun tidak langsung (Ariani, 2009).

Mengingat Indonesia adalah negara yang sangat luas dan kaya akan budaya, maka keluarga-keluarga di Indonesia memiliki struktur keluarga yang beragam dan juga memiliki fungsi yang beranekaragam.

9.2 Struktur Keluarga

Struktur keluarga merupakan kondisi keberadaan anggota keluarga. Bailon (1997) struktur keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih individu yang terjalin ikatan perkawinan, karena hubungan darah atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga saling berhubungan satu sama lainnya dalam perannya mendapatkan dan mempertahankan budaya.

Menurut KBBI struktur diartikan sebagai: (1) cara sesuatu disusun atau dibangun; susunan; bangunan; (2) yang disusun dengan pola tertentu; (3) pengaturan unsur atau bagian suatu benda; (4) ketentuan unsur-unsur dari suatu benda. Sementara keluarga didefinisikan sebagai kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga yang saling berinteraksi satu sama lainnya dalam perannya dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. Jadi struktur keluarga merupakan susunan atau pola yang dibangun di dalam keluarga. Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Ia memiliki keterkaitan yang erat dengan fungsi keluarga. Selain itu adanya struktur dalam keluarga juga menyatakan cara-cara yang digunakan untuk menata unit-unit di dalam keluarga.

Struktur keluarga adalah bagaimana keluarga mampu memenuhi fungsi-fungsi keluarga. Hal ini sangat penting untuk memudahkan pencapaian fungsi-fungsi keluarga. Selain itu struktur keluarga dapat diperluas dan dipersempit tergantung dari kemampuan dari keluarga tersebut untuk merespon stresor yang ada dalam keluarga.

9.2.1 Macam-macam Struktur Keluarga

Struktur keluarga berdasarkan tipenya terdiri atas bermacam-macam (Ali, 2009) di antaranya adalah :

1. Patrilineer

Patrilineer adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2. Matrilinier

Matrilinier adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3. Matrilokal

Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah isteri.

4. Patrilokal

Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami

5. Keluarga Kawinan.

Keluarga kawinan adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

Berdasarkan hubungannya dengan fungsi-fungsi keluarga, struktur keluarga terdiri dari :

1. Struktur eligasi : masing-masing keluarga mempunyai hak yang sama dalam menyampaikan pendapat.
2. Struktur yang hangat, menerima dan toleransi
3. Struktur yang terbuka dan anggota yang terbuka : mendorong kejujuran dan kebenaran
4. Struktur yang kaku: suka melawan dan tergantung pada peraturan
5. Struktur yang bebas: tidak adanya peraturan yang memaksakan
6. Struktur yang kasar: menyiksa, kejam dan kasar
7. Suasana emosi yang dingin

9.2.2 Dominasi Struktur Keluarga

Dominasi struktur keluarga dibedakan atas dominasi jalur hubungan darah, dominasi keberadaan tempat tinggal, dan dominasi pengambilan keputusan

1. Dominasi jalur hubungan darah

Dominasi jalur hubungan darah terdiri atas Patrilineal dan Matrilineal.

- a. **Patrilineal**
Dominasi Patrilineal adalah keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis ayah. Suku-suku di Indonesia pada umumnya menggunakan struktur keluarga patrilineal.
 - b. **Matrilineal**
Dominasi Matrilineal adalah Keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis ibu. Suku padang salah satu yang menggunakan struktur keluarga matrilineal.
2. **Dominasi keberadaan tempat tinggal**
Dominasi tempat tinggal terdiri atas dua bagian yaitu patrilokal dan matrilokal. Jika keberadaan tempat tinggal satu keluarga berdekatan dengan keluarga sedarah dengan pihak dari suami maka disebut patrilokal. Sebaliknya jika keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak istri.
 3. **Dominasi pengambilan keputusan**
Dominasi struktur keluarga dalam pengambilan keputusan ada dua yaitu Patriakal di mana dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak suami dan Matriakal yaitu dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak istri.

9.2.3 Ciri-ciri Struktur Keluarga

Ciri-ciri struktur keluarga menurut Ali (2009) terdiri atas tiga yaitu terorganisir, keterbatasan, dan perbedaan dan kekhususan.

1. **Terorganisir**
Keluarga adalah cerminan organisasi, di mana masing-masing anggota keluarga memiliki peran dan fungsi masing-masing sehingga tujuan keluarga dapat tercapai. Organisasi yang baik ditandai dengan adanya hubungan yang kuat antara anggota sebagai bentuk saling ketergantungan dalam mencapai tujuan,
2. **Keterbatasan**
Dalam mencapai tujuan, setiap anggota keluarga memiliki peran dan tanggung jawabnya masing-masing sehingga dalam berinteraksi setiap anggota tidak bisa semena-mena, tetapi mempunyai

keterbatasan yang dilandasi oleh tanggung jawab masing-masing anggota keluarga.

3. Perbedaan dan kekhususan

Adanya peran yang beragam dalam keluarga menunjukkan masing-masing anggota keluarga mempunyai peran dan fungsi yang berbeda dan khas seperti halnya peran ayah sebagai pencari nafkah utama, peran ibu yang merawat anak-anak.

9.2.4 Gambaran Struktur Peran

Menurut Friedman (2010), Gambaran dari struktur pada keluarga adalah sebagai berikut:

1. Struktur komunikasi

Komunikasi yang dilakukan dalam keluarga dapat dikatakan berfungsi dengan optimal apabila dilakukan dengan jujur, secara terbuka, melibatkan perasaan emosi, konflik selesai dan hierarki kekuatan. Komunikasi yang dilakukan dalam keluarga sebagai pengirim berkeyakinan bahwa pesan yang disampaikan secara jelas dan berkualitas, yang nantinya ingin untuk menerima umpan balik. Penerima pesan yang telah diberikan tersebut dapat mendengarkan pesan, serta diharapkan akan dapat umpan balik. Komunikasi dalam keluarga ini dapat dikatakan tidak berfungsi apabila tidak ada keterbukaan satu sama lain, didapati isu atau berita tidak baik/negatif, tidak berfokus pada satu permasalahan, dan senantiasa mengulang isu dan pendapatnya sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim tidak sesuai baik bersifat asumsi, ekspresi perasaan yang tidak jelas, begitu juga pada judgmental ekspresi. Penerima pesan dapat mendengar dengan baik, terjadi diskualifikasi, bersifat negatif/ofensif, miskomunikasi, dan kurang bahkan tidak valid.

Komunikasi dalam keluarga memiliki karakter masing-masing baik pemberi pesan atau pendengar. Adapun karakter tersebut menurut Friedman, (2010) dapat diuraikan sebagai berikut:” 1) Karakteristik yang dimiliki oleh pemberi/pengirim pesan antara lain, a) Pengirim pesan akan yakin dalam mengemukakan suatu pendapat yang

dimilikinya, b) Pesan apa yang ia miliki dapat disampaikan secara jelas dan berkualitas, c) Pengirim akan selalu menerima dan akan mengharapkan timbal balik. 2) Karakteristik bagi pendengar adalah, a) Pendengar siap untuk mendengarkan. b) Pendengar mampu dalam memberikan umpan balik, c) Pendengar setelah menerima pesan melakukan validasi”.

Terdapat beberapa prinsip-prinsip dalam berkomunikasi

- a. Tidak mungkin melakukan komunikasi, karena semua perilaku adalah bentuk komunikasi.
- b. Komunikasi tidak hanya menghantar informasi atau isi, tetapi disertai juga dengan perintah (instruksi).
- c. Komunikasi meliputi suatu proses transaksi, dan dalam setiap tukar-menukar respon, terdapat komunikasi yang mendahuluinya, di samping sejarah hubungan yang mendahuluinya.

Komunikasi fungsional dalam keluarga menuntut bahwa maksud dan arti dari pengirim yang dikirim lewat saluran-saluran yang relatif jelas dan bahwa penerima pesan mempunyai suatu pemahaman terhadap arti dari pesan itu yang mirip dengan pengirim.

Pola-pola komunikasi keluarga adalah karakteristik pola-pola interaksi dari keluarga yang di samping memengaruhi dan mengorganisir anggota keluarga, pola-pola ini juga menghasilkan arti transaksi di antara para anggota keluarga. Adapun pola komunikasi fungsional antara lain, komunikasi emosional, komunikasi terbuka, adanya hierarki kekuasaan dan aturan-aturan keluarga dalam komunikasi, konflik keluarga dan resolusi konflik.

Komunikasi dari seorang yang disfungsi seringkali tidak efektif. Di antaranya komunikasi tersebut dapat berupa asumsi-asumsi (tanpa ada validasi), ekspresi perasaan tak jelas, ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan, diskualifikasi (membolehkan penerima untuk tidak setuju terhadap suatu pesan). Pola-pola ini dapat berupa sindrom mengabdikan diri dan area komunikasi tertutup.

2. Struktur peran

Serangkaian kegiatan atau tergolong dalam perilaku yang diharapkan dapat sesuai dengan posisi sosial. Struktur peran yang bisa juga bersifat formal atau informal. Posisi/status sosial dalam hal ini merupakan posisi/keberadaan individu yang terdapat dalam masyarakat misalkan dalam status istri/suami.

3. Struktur kekuatan

Kemampuan yang dimiliki sebagai individu yang mampu dalam mengontrol, memengaruhi, atau mengubah perilaku pada orang lain. Struktur dari kekuatan menurut Friedman (2010) antara lain:” Hak (rightful authority power), ditiru (referent power), keahlian (experpower), hadiah (reward power), paksa (coercive power), dan efektif (efektif power)”.

4. Struktur nilai dan norma

Nilai dan norma dalam struktur keluarga saling terkait satu dengan yang lain. Menurut Friedman, (2010). “Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga. Nilai, suatu sistem, sikap, kepercayaan yang secara sadar atau tidak, dapat mempersatukan anggota keluarga. Norma, pola perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Budaya, kumpulan dari pada perilaku yang dapat dipelajari, dibagi, dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah”.

5. Struktur dan peran dalam keluarga

Sekumpulan perilaku yang homogen dengan terdapat batasan secara normatif yang diharapkan dari seseorang yang telah menduduki posisi sosial sesuai dengan yang diberikan. Peran memiliki dasar berupa penetapan peran yang memiliki batasan terkait apa yang dilakukan oleh individu pada segala situasi yang ada dengan tujuan agar memenuhi harapan dari diri sendiri atau harapan yang muncul dari orang lain terhadap mereka sesuai dengan posisinya masing-

masing. Menurut Friedman (2010), peran keluarga dapat diklasifikasikan menjadi beberapa poin yaitu “Peran formal dari keluarga, Peran informal keluarga, Proses dan strategi coping keluarga”.

a. Peran keluarga secara formal

Peran eksplisit dalam struktur keluarga yang terdiri dari ayah, suami dan lainnya serta berhubungan dengan masing-masing dari kedudukan keluarga secara formal atau pada sekelompok perilaku lebih homogen, hal tersebut merupakan peran formal yang terdapat pada keluarga. Keluarga dapat melakukan pembagian peran terhadap masing-masing anggota keluarganya dengan cara yang sama sesuai dengan pembagian peran pada masyarakat. Beberapa peran yang diberikan nyatanya membutuhkan keterampilan atau kemampuan khusus, terkadang bisa saja peran yang kurang kompleks diberikan kepada mereka yang kurang memiliki keterampilan yang cukup atau jumlah penguasaan keterampilannya paling sedikit.

Peran formal terdiri atas tiga bagian yaitu Peran parental dan perkawinan, Peran perkawinan dan tipe perkawinan dan Tipe hubungan perkawinan.

1) Peran Parental dan Perkawinan

Nye dan Gecas (1976) dalam Andarmoyo 2012 mengidentifikasi enam peran dasar yang membentuk posisi sosial sebagai suami-ayah dan istri-ibu:

- a) Peran sebagai provider
- b) Peran sebagai pengatur rumah tangga
- c) Peran perawataan anak
- d) Peran sosialisasi anak
- e) Peran rekreasi
- f) Peran persaudaraan (memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal)
- g) Peran terapeutik
- h) Peran seksual

- 2) Peran Perkawinan dan Tipe Perkawinan
 - a) Pentingnya hubungan suami/istri:
Kebutuhan bagi pasangan untuk memelihara suatu hubungan perkawinan yang kokoh
 - b) Memelihara suatu hubungan perkawinan yang memuaskan merupakan tugas perkembangan vital dari suatu keluarga
 - c) Dari hasil studi yang dilakukan pada 400 pasangan yang sudah kurang lebih 10 tahun menikah ditemukan bahwa perkawinan mereka bisa tetap stabil dengan berbagai kondisi yang berbeda2 sehingga dapat disimpulkan bahwa perkawinan yang ideal adalah di mana kebanyakan kebutuhan sosial dan mendalam dari seseorang dipenuhi oleh pasangannya.
- 3) Tipe hubungan Perkawinan

Tipe hubungan dalam perkawinan terdiri atas tiga bagian yaitu: Hubungan pelengkap, Hubungan simetris dan hubungan paralel

 - a) Hubungan Pelengkap
Salah satu pasangan menjadi tokoh penting, dominan dan menjadi pengambil keputusan dan yang lain menjadi pengikut setia. Terdapat sebuah elemen saling bergantung satu sama lain yang kokoh di antara mereka yang sebenarnya memiliki hubungan saling melengkapi.
 - b) Hubungan Simetris
Tipe hubungan ini didasarkan atas persamaan kedua pasangan. Pasangan menurut persamaan lewat karakter saling tukar pesan dan perilaku, dan setiap pasangan memiliki hak untuk memulai suatu tindakan, mengkritik tingkah orang dan memiliki hak suara dalam mengambil keputusan keluarga

c) Hubungan Paralel

Pasangan dengan senang hati mengubah antara hubungan simetris dan pelengkap, ketika mereka mengadaptasikan perubahan dengan situasi. Perubahan ini tergantung pada situasi dan bidang kompetensi pasangan, terdapat perpotongan dan fleksibel dalam pola hubungan. Tipe hubungan ini dianggap sebagai bentuk yang paling stabil, matang, dan sehat

Peran adalah seperangkat perilaku interpersonal, sifat, dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu (Ali, 2009). Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing.

- 1) Peran Ayah: Pemimpin keluarga, pencari nafkah, sebagai pendidik, Pelindung/pengayom, pemberi rasa aman kepada anggota keluarga, selain itu, sebagai anggota masyarakat/kelompok sosial tertentu
- 2) Peran Ibu: Pengurus rumah tangga, sebagai pengasuh, sebagai pendidik anak-anak, sebagai pelindung keluarga, sebagai pencari nafkah tambahan keluarga, dan sebagai anggota masyarakat
- 3) Peran Anak: Sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual.

b. Peran informal keluarga

Sifat yang implisit yang dimiliki dalam peran informal keluarga atau dengan kata lain tersirat, anggota keluarga yang memiliki peran diharapkan untuk dapat memenuhi kebutuhan emosional pada setiap anggota keluarga dan ikut serta dalam menjaga keseimbangan kondisi keluarga. Hal tersebut sangat penting untuk dapat memenuhi kebutuhan kelompok keluarga secara integrasi dan adaptasi.

c. Proses dan strategi coping keluarga

Proses dan strategi coping keluarga bertujuan dalam mekanisme terpenting yang dapat sekaligus bertujuan dapat memberikan

fasilitasi fungsi dalam keluarga. Kurangnya koping keluarga secara efektif, fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dan perawatan kesehatan maka nantinya berakibat pada tidak dapat dicapai secara adekuat. Sehingga dengan hal tersebut disimpulkan bahwa koping keluarga dalam proses dan strategi mengandung proses yang menjadi dasar dalam keluarga untuk dapat mengukuhkan sebagai fungsi keluarga yang diperlukan.

9.3 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga adalah ukuran dari bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga, dan kualitas hubungan keluarga. Fungsi keluarga memengaruhi kapasitas kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga (Families, 2010).

9.3.1 Macam-Macam Fungsi Keluarga

Terdapat 8 fungsi keluarga menurut Wirdhana et al (2013) dan berikut penjelasannya antara lain:

1. Fungsi Keagamaan

Fungsi keluarga sebagai tempat pertama seorang anak mengenal, menanamkan dan menumbuhkan serta mengembangkan nilai-nilai agama, sehingga bisa menjadi insan-insan yang agamis, berakhlak baik dengan keimanan dan ketakwaan yang kuat kepada Tuhan Yang Maha Esa.

2. Fungsi Sosial Budaya

Fungsi keluarga dalam memberikan kesempatan kepada seluruh anggota keluarganya dalam mengembangkan kekayaan sosial budaya bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.

3. Fungsi Cinta dan Kasih Sayang

Fungsi keluarga dalam memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan suami dengan istri, orang tua dengan anak-anaknya, anak

dengan anak, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi tempat utama berseminya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.

4. Fungsi Perlindungan

Fungsi keluarga sebagai tempat berlindung keluarganya dalam menumbuhkan rasa aman dan tenang serta kehangatan bagi setiap anggota keluarganya.

5. Fungsi Reproduksi

Fungsi keluarga dalam perencanaan untuk melanjutkan keturunannya yang sudah menjadi fitrah manusia sehingga dapat menunjang kesejahteraan umat manusia secara universal.

6. Fungsi Sosialisasi dan Pendidikan

Fungsi keluarga dalam memberikan peran dan arahan kepada keluarganya dalam mendidik keturunannya sehingga dapat menyesuaikan kehidupannya di masa mendatang.

7. Fungsi Ekonomi

Fungsi keluarga sebagai unsur pendukung kemandirian dan ketahanan keluarga.

8. Fungsi Pembinaan Lingkungan

Fungsi keluarga dalam memberi kemampuan kepada setiap anggota keluarganya sehingga dapat menempatkan diri secara serasi, selaras, dan seimbang sesuai dengan aturan dan daya dukung alam dan lingkungan yang setiap saat selalu berubah secara dinamis.

Sementara menurut WHO dalam Ratnasari (2011) fungsi keluarga terdiri dari:

1. Fungsi Biologis meliputi: fungsi untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memelihara dan merawat anggota keluarga, serta memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
2. Fungsi Psikologi meliputi: fungsi dalam memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian di antara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga, serta memberikan identitas keluarga.

3. Fungsi Sosialisasi meliputi: fungsi dalam membina sosialisasi pada anak, meneruskan nilai-nilai keluarga, dan membina norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
4. Fungsi Ekonomi meliputi: fungsi dalam mencari sumber-sumber penghasilan, mengatur dalam penggunaan penghasilan keluarga dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga, serta menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga dimasa mendatang.
5. Fungsi Pendidikan meliputi: fungsi dalam mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya, menyekolahkan anak agar memperoleh pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya, serta mempersiapkan anak dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa untuk kehidupan dewasa di masa yang akan datang.

9.3.2 Penilaian Fungsi Keluarga

Untuk mengukur sehat atau tidaknya suatu keluarga, telah dikembangkan suatu metode penilaian yang dikenal dengan nama APGAR Keluarga (APGAR Family). Dengan metode APGAR keluarga tersebut dapat dilakukan penilaian terhadap 5 fungsi pokok keluarga secara cepat dan dalam waktu yang singkat. Adapun 5 fungsi pokok keluarga yang dinilai dalam APGAR keluarga (Azwar, 1997) yaitu :

1. Adaptasi (Adaptation)
Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima yang diperlukan dari anggota keluarga lainnya.
2. Kemitraan (Partnership)
Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap komunikasi dalam keluarga, musyawarah dalam mengambil keputusan atau dalam penyelesaian masalah yang dihadapi dalam keluarga.
3. Pertumbuhan (Growth)
Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam mematangkan pertumbuhan dan kedewasaan setiap anggota keluarga.

4. Kasih Sayang (Affection)

Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang terjalin dalam keluarga.

5. Kebersamaan (Resolve)

Menilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan, dan ruang antar keluarga.

Proses dan strategi koping keluarga bertujuan dalam mekanisme terpenting yang dapat sekaligus bertujuan dapat memberikan fasilitasi fungsi dalam keluarga. Kurangnya koping keluarga secara efektif, fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dan perawatan kesehatan maka nantinya berakibat pada tidak dapat dicapainya secara adekuat. Sehingga dengan hal tersebut disimpulkan bahwa koping keluarga dalam proses dan strategi mengandung proses yang menjadi dasar dalam keluarga untuk dapat mengukuhkan sebagai fungsi keluarga yang diperlukan.

Bab 10

Tahap-Tahap Keluarga dan Tugas Perkembangan Keluarga

10.1 Tahapan Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi: perubahan pola interaksi dan hubungan antara anggotanya di sepanjang waktu (Mubarak, 2006). Prinsip-prinsip yang digunakan dalam melihat perkembangan keluarga dapat dilihat melalui tugas perkembangan keluarga (Sahar dkk, 2019). Tentunya akan ada keterikatan yang bersinergi antara keduanya, sehingga diharapkan akan melahirkan sebuah keluarga yang sehat dan harmonis.

Pencapaian ini merupakan sebuah hasil yang dapat memberikan generasi penerus yang mampu untuk bersaing dengan anggota keluarga maupun kelompok lainnya. Minichin (1974) dalam Mubarak dkk (2006), mengatakan bahwa siklus perkembangan keluarga merupakan komponen kunci dalam setiap kerangka kerja yang memandang keluarga sebagai suatu sistem. Sistem yang berkembang diharapkan kearah peningkatan fungsi yang lebih baik sehingga berdampak kepada seluruh aspek. Perkembangan keluarga ini terbagi menjadi beberapa tahapan atau kurun waktu tertentu.

Pada setiap tahapannya keluarga memiliki tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahapan tersebut dapat dilalui dengan sukses. Siklus perkembangan keluarga ini dapat memberikan panduan untuk memeriksa dan menganalisa perubahan dan perkembangan tugas-tugas dasar yang ada dalam kehidupan keluarga yang dijalaninya. Keluarga yang mampu dalam memenuhi tugas perkembangannya biasanya akan lebih memahami terhadap tugas perkembangan keluarga yang terjadi.

Tahap dan tugas perkembangan keluarga menurut Duvall (1996) dalam Nadirawati (2018), menjadi tanggung jawab yang harus dicapai oleh keluarga. Tahap dan tugas perkembangan keluarga disesuaikan dengan usia anak tertua pada keluarga. Keluarga dengan anak pertama tentunya berbeda dengan keluarga dengan remaja. Walaupun terdapat perbedaan dalam tahapan perkembangannya, namun secara umum setiap keluarga mengikuti pola yang sama.

Berikut ini tahap-tahap keluarga beserta perkembangan keluarga di antaranya yaitu :

1. Tahap I Pasangan baru atau Keluarga Pemula (Beginning Family).

Dua orang yang membentuk keluarga baru. Keluarga baru dibentuk dari hasil perkawinan yang sah, dengan menanggalkan status lajang di antara keduanya dan mengarah ke hubungan baru yang lebih intim. Dua orang yaitu suami dan istri ini perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan adaptasi dari peran dan fungsi sehari-hari. Mereka mulai terbiasa dengan pola aktivitas yang berbeda dari pasangannya masing-masing. Mereka pun harus sudah merencanakan kapan waktu untuk memiliki anak, dan jumlah anak yang diharapkan.

Tugas perkembangan pasangan baru antara lain :

- a. Membina hubungan intim yang memuaskan terhadap pasangan
- b. Menetapkan tujuan Bersama
- c. Membina hubungan dengan keluarga lain baik itu teman maupun kelompok sosial
- d. Mendiskusikan rencana memiliki anak
- e. Menyesuaikan diri dengan kproses kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

Fungsi perawat keluarga menurut Mubarak (2006) yaitu : melakukan kegiatan asuhan keperawatan juga melakukan bimbingan dan konsultasi mengenai KB, perawatan pre natal, post natal, dan komunikasi. Kurang informasi yang diberikan kepada pasangan baru tersebut dapat menimbulkan masalah seksual, emosional, rasa takut atau cemas, rasa bersalah, dan kehamilan yang tidak diinginkan.

2. Tahap II Keluarga dengan Anak Pertama (Child Bearing)

Tahap ini dimulai dengan kelahiran anak pertama berlanjut sampai anak pertama berumur 30 bulan. Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran bayi pertama memberikan dampak berupa perubahan peran terhadap kebutuhan bayi yang harus dipenuhi. Seringkali dengan adanya anak pertama, pasangan menjadi terabaikan. Sehingga perlu adanya komunikasi yang intens di antara kedua pasangan tersebut.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak pertama antara lain :

- a. Persiapan menjadi orang tua
- b. Adaptasi dengan adanya perubahan anggota keluarga meliputi peran, interaksi dengan orang lain, hubungan seksual dan kegiatan lainnya
- c. Menata ruang anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan
- d. Mempersiapkan dana atau biaya child bearing
- e. Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita
- f. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru kedalam keluarga)
- g. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- h. Mempertahankan hubungan yang memuaskan pasangan
- i. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek-nenek
- j. Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin

Fungsi perawat keluarga menurut Mubarak (2006) yaitu: melakukan perawatan dan konsultasi terutama bagaimana caranya merawat bayi, mengenali gangguan Kesehatan bayi secara dini dan cara mengatasinya, imunisasi, tumbuh kembang anak, interaksi keluarga, keluarga berencana, pemenuhan kebutuhan anak terutama pada ibu yang bekerja.

3. Tahap III Keluarga dengan Anak Prasekolah (Families with Preschool)

Tahap keluarga dengan anak prasekolah yaitu saat kelahiran anak pertama berumur 2,5 tahun dan berakhir saat anak berumur 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak prasekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga di dalam tahap ini sangat sibuk dan anak sangat bergantung kepada orang tua. Hal ini menyebabkan orang tua harus pandai mengatur waktu seefisien dan efektif mungkin dalam membagi waktu, sehingga kebutuhan anak tetap terpenuhi, dan kebutuhan suami istri pun tetap dilakukan. Kedua orang tua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kelangsungan hubungan perkawinan tetap harmonis dan langeng, dengan cara bekerja sama dan berkomunikasi antar suami istri. Orang tua memiliki peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak prasekolah di antaranya:

- a. Memenuhi kebutuhan keluarga baik individu atau seluruh anggota keluarga, seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman
- b. Membantu anak bersosialisasi
- c. Beradaptasi dengan anak yang baru lahir yang wajib dipenuhi tetapi kebutuhan anak yang lain juga harus tercukupi
- d. Mempertahankan suatu hubungan yang sehat dan baik di dalam maupun di luar keluarga sekitar lingkungan keluarga lainnya
- e. Membagi waktu antara individu, pasangan, dan anak

- f. Membagi tanggung jawab antara anggota keluarga
- g. Kegiatan waktu untuk stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak.
- h. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain

Fungsi perawat keluarga menurut Mubarak (2006) yaitu : melakukan perawatan dan penyuluhan kepada orang tua tentang penyakit dan kecelakaan yang biasanya terjadi pada anak-anak. Sibling rivalry tumbuh kembang anak, keluarga berencana, peningkatan Kesehatan dan mensosialisasikan anak.

4. Tahap IV Keluarga dengan Anak Sekolah (Families with School Children)

Tahap ini dimulai saat anak berumur 6 tahun dan mulai sekolah dasar dan berakhir pada umur 13 tahun, awal dari masa remaja. Pada tahap ini biasanya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain beraktivitas di sekolah, setiap anak mempunyai tugas dan minat sendiri. Kedua orang tua pun tentunya mempunyai aktivitas pekerjaan yang mendukung terpenuhinya kebutuhan hidup sehari-hari. Pada tahap ini pula orang tua harus siap untuk berpisah dengan anak-anak, memberikan kesempatan anak untuk mandiri dan bersosialisasi baik di sekolah maupun di luar sekolah.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak sekolah yang dimulai dari usia 6 tahun yaitu :

- a. Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah, dan lingkungan termasuk meningkatkan belajar anak, dan mengembangkan hubungan sosialisasi dengan teman sebaya yang sehat
- b. Mempertahankan keintiman dengan pasangan
- c. Memenuhi kebutuhan serta biaya kehidupan yang semakin bertambah termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga pun meningkat
- d. Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual

- e. Menyediakan aktivitas untuk anak
- f. Menyesuaikan pada aktivitas komuniti dengan mengikutsertakan anak
- g. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga

Fungsi perawat keluarga menurut Mubarak (2006) yaitu: melakukan perawatan dan konsultasi baik dalam keluarga maupun di sekolah, misalnya: pada anak yang mengalami masalah Kesehatan. Perawat keluarga bisa berkoordinasi dengan guru sekolah dan orang tua membahas masalah kesehatan yang muncul pada anak sekolah.

5. Tahap V Keluarga dengan Anak Remaja (Families with Teenagers)

Pada tahap ini diawali dengan anak pertama berusia 13 tahun, hingga anak berusia 19 atau 20 tahun. Masa remaja sudah mengalami perubahan fisik dan perkembangan mental yang cepat. Perubahan mental maupun fisik menjadi masa transisi anak menuju dewasa. Tujuan keluarga adalah melepas anak remaja dan memberikan tanggung jawab yang besar serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Pada tahap merupakan tahapan yang paling sulit, karena orang tua melepas otoritas dan membimbing anak untuk bertanggung jawab untuk peran dan fungsinya. Seringkali timbul masalah antara orang tua dan anak remaja karena menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri. Sehingga dituntut para orang tua untuk menciptakan komunikasi efektif, menghindari kecurigaan dan permusuhan, sehingga hubungan keduanya tetap berjalan harmonis.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja sebagai berikut :

- a. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan penuh rasa tanggung jawab mengingat remaja sudah bertambah dewasa dan perekonomiannya semakin meningkat
- b. Mempertahankan hubungan intim di dalam keluarga
- c. Mempertahankan komunikasi terbuka dengan keluarga dan hindrai kecurigaan dan permasalahan

- d. Perubahan peran dan peraturan yang ada dirumah untuk tumbuh kembang keluarga
 - e. Menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab Ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
 - f. Memfokuskan Kembali hubungan perkawinan
 - g. Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak
- Fungsi perawat keluarga menurut Mubarak (2006) yaitu : diarahkan kepada tindakan pencegahan (preventif) dan peningkatan usaha kesehatan (promotif). Pada orang tua penyakit kardiovaskuler, pada remaja : penyuluhan tentang obat-obatan terlarang, minuman keras, seks, pencegahan kecelakaan serta membantu terciptanya komunikasi yang lebih efektif antara orang tua dan anak remaja.
6. Tahap VI Keluarga yang Melepaskan Anak Usia Dewasa Muda (Launching Center Families)

Permulaan dari tahap ini ditandai oleh anak dewasa meninggalkan rumah dan berakhir sampai dengan anak terakhir meninggalkan rumah tergantung pada jumlah anak di dalam keluarga, sehingga disebut dengan “sarang yang kosong”. Tahap ini dapat berjalan dengan singkat ataupun panjang, tergantung pada berapa jumlah anak yang ada dalam rumah atau berapa jumlah anak yang belum menikah ketika sudah menyelesaikan pendidikan SMA atau pendidikan tinggi. Seringkali orang tua merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa kosong dengan anak-anak yang sudah tidak tinggal serumah lagi. Pada kebanyakan keluarga di Indonesia tahap ini tidak terlalu merisaukan karena akan ada anak yang menemani orang tuanya walaupun telah menikah atau membentuk keluarga baru.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan antara lain:

- a. Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- b. Mempertahankan keintiman pasangan
- c. Membantu orang tua dari suami maupun istri yang sedang sakit atau memasuki masa tua
- d. Membantu anak untuk mandiri di kalangan masyarakat

- e. Merencanakan kembali peran dan kegiatan rumah tangga
- f. Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- g. Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan baik dari pihak suami maupun istri

Fungsi perawat keluarga menurut Mubarak (2006) yaitu: memberi konsultasi berbagai penyakit yang mungkin muncul, seperti: penyakit kronis atau faktor-faktor predisposisi misalnya kolesterol tinggi, obesitas, hipertensi, problem menopause, juga peningkatan Kesehatan serta pola hidup sehat perlu diperhatikan.

7. Tahap VII Keluarga Usia Pertengahan (Middle Age Families)

Tahap ini berawal saat anak terakhir meninggalkan rumah sampai ketika pensiunan dan pasangan dari salah satunya meninggal.

Tugas perkembangan keluarga ini antara lain :

- a. Mempertahankan kesehatan keluarga
- b. Mempertahankan hubungan secara memuaskan dengan teman sebaya maupun anak-anak
- c. Meningkatkan keakraban pasangan
- d. Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu bersantai
- e. Memulihkan hubungan antara generasi muda dan tua
- f. Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga
- g. Persiapan masa tua atau pension, dan meningkatkan keakraban pasangan
- h. Memperkokoh hubungan perkawinan

Fungsi perawat keluarga menurut Mubarak (2006), yaitu: melaksanakan perawatan dan konsultasi yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan seperti: kebutuhan istirahat tidur yang cukup, aktivitas ringan sesuai dengan kemampuan, kebutuhan nutrisi yang baik, berat badan sesuai, dan lain-lain.

8. Tahap VIII Keluarga Lanjut Usia (Lansia)

Tahap ini dimulai saat salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun dan salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lainnya meninggal pula.

Tugas perkembangan keluarga dengan lanjut usia yaitu :

- a. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- b. Adaptasi dengan perubahan yang kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan yang semakin menurun
- c. Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat
- d. Mempertahankan hubungan dengan anak dan masyarakat sosial disekitar lingkungan
- e. Melakukan review kehidupan masa lalu
- f. Menerima kematian pasangan, kawan, dan mempersiapkan kematian

Fungsi perawat keluarga menurut Mubarak (2006) yaitu: melakukan perawatan pada orang tua terutama terhadap berbagai penyakit kronis dari fase akut sampai rehabilitasi. Memperhatikan peningkatan kesehatan seperti: kebutuhan nutrisi, kebutuhan aktivitas, kebutuhan istirahat dan tidur, pemeriksaan mata, gigi, dan pencegahan kecelakaan di rumah.

Bab 11

Peran dan Fungsi Perawat dalam Asuhan Keperawatan Keluarga

11.1 Pendahuluan

Pelayanan keperawatan di masyarakat mempunyai sasaran dari tingkat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan keperawatan di masyarakat bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang mandiri dalam pemeliharaan kesehatan. Keluarga merupakan unit terkecil di masyarakat. Peran dan fungsi perawat dalam pelayanan keperawatan keluarga merupakan unsur penting dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan mandiri.

Saat ini dunia keperawatan semakin berkembang. Perawat dianggap sebagai salah satu profesi kesehatan yang harus dilibatkan dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan baik di dunia maupun di Indonesia. Seiring dengan berjalannya waktu dan bertambahnya kebutuhan pelayanan kesehatan menuntut perawat saat ini memiliki pengetahuan dan keterampilan di berbagai bidang. Saat ini perawat memiliki peran yang lebih luas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, juga memandang klien secara komprehensif. Perawat menjalankan fungsi dalam kaitannya dengan

berbagai peran pemberi perawatan, pembuat keputusan klinik dan etika, pelindung dan advokat bagi klien, manajer kasus, rehabilitator, komunikator.

11.2 Peran dan Fungsi Perawat dalam Asuhan

Untuk mengetahui/ menjelaskan peran dan fungsi perawat dalam asuhan keperawatan keluarga Peran dan fungsi perawat keluarga (friedman et al., 20013)

Peran dan fungsi perawat dalam asuhan Keperawatan keluarga adalah sebagai berikut.

1. Definisi Peran

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu system. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Peran adalah bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu. (Kozier Barbara, 1995:21).

Perawat atau Nurse berasal dari bahasa latin yaitu dari kata Nutrix yang berarti merawat memelihara. Harlley Cit ANA (2000) menjelaskan pengertian dasar seorang perawat yaitu seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, injury dan proses penuaan dan perawat Profesional adalah Perawat yang bertanggungjawab dan berwenang memberikan pelayanan Keperawatan secara mandiri dan atau berkolaborasi dengan tenaga Kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya.(Kemenkes RI, 2014).

Peran perawat yang dimaksud adalah cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, di mana telah menyelesaikan pendidikan formalnya yang diakui dan diberi kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung keperawatan

secara profesional sesuai dengan kode etik profesional (Kemenkes RI, 2014).

Fungsi Perawat dalam melakukan pengkajian pada Individu sehat maupun sakit di mana segala aktivitas yang dilakukan berguna untuk pemulihan Kesehatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki, aktivitas ini dilakukan dengan berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian Pasien secepat mungkin dalam bentuk Proses Keperawatan yang terdiri dari tahap Pengkajian, Identifikasi masalah (Diagnosa Keperawatan), Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi (Kemenkes RI, 2014).

2. Peran Perawat

Dipandang dari keamanan Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan keamanan dapat berperan secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung perawat dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami masalah terkait dengan ketidakterpenuhinya kebutuhan keamanan. Adapun peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan keamanan. Merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dan sistem, di mana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan.

a. Pemberi Asuhan Keperawatan

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara holistic, meliputi upaya untuk mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Pemberi asuhan memberikan bantuan kepada klien dan keluarga klien dengan menggunakan energi dan waktu yang minimal. Selain itu, dalam perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat memberikan perawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses

keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat dan sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatannya dilakukan dari yang sederhana sampai yang kompleks.

b. Pembuat Keputusan Klinis

Membuat keputusan klinis adalah inti pada praktik keperawatan. Untuk memberikan perawatan yang efektif, perawat menggunakan keahliannya berfikir kritis melalui proses keperawatan. Sebelum mengambil tindakan keperawatan, baik dalam pengkajian kondisi klien, pemberian perawatan, dan mengevaluasi hasil, perawat menyusun rencana tindakan dengan menetapkan pendekatan terbaik bagi klien. Perawat membuat keputusan sendiri atau berkolaborasi dengan klien dan keluarga. Dalam setiap situasi seperti ini, perawat bekerja sama, dan berkonsultasi dengan pemberi perawatan kesehatan profesional lainnya (friedman et al., 20013).

c. Perlindungan dan Advokat Klien Sebagai pelindung, perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan serta melindungi klien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostic atau pengobatan. Contoh dari peran perawat sebagai pelindung adalah memastikan bahwa klien tidak memiliki alergi terhadap obat dan memberikan imunisasi melawat penyakit di komunitas. Sedangkan peran perawat sebagai advokat, perawat melindungi hak klien sebagai manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-haknya bila dibutuhkan. Contohnya, perawat memberikan informasi tambahan bagi klien yang sedang berusaha untuk memutuskan tindakan yang terbaik baginya. Selain itu, perawat juga melindungi hak-hak klien melalui cara-cara yang umum dengan menolak aturan atau tindakan yang

mungkin membahayakan kesehatan klien atau menentang hak-hak klien. Peran ini juga dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian (Potter & Perry, 2005).

d. **Manager Kasus**

Dalam perannya sebagai manager kasus, perawat mengkoordinasi aktivitas anggota tim kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi dan ahli terapi fisik, ketika mengatur kelompok yang memberikan perawatan pada klien. Berkembangnya model praktik memberikan perawat kesempatan untuk membuat pilihan jalur karier yang ingin ditempuhnya. Dengan berbagai tempat kerja, perawat dapat memilih antara peran sebagai manajer asuhan keperawatan atau sebagai perawat asosiat yang melaksanakan keputusan manajer (Potter & Perry, 2005). Sebagai manajer, perawat mengkoordinasikan dan mendelegasikan tanggung jawab asuhan dan mengawasi tenaga kesehatan lainnya.

e. **Rehabilitator**

Rehabilitasi adalah proses di mana individu kembali ke tingkat fungsi maksimal setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya. Seringkali klien mengalami gangguan fisik dan emosi yang mengubah kehidupan mereka. Disini, perawat berperan sebagai rehabilitator dengan membantu klien beradaptasi semaksimal mungkin dengan keadaan tersebut (Potter & Perry, 2005).

f. **Pemberi Kenyamanan**

Perawat klien sebagai seorang manusia, karena asuhan keperawatan harus ditujukan pada manusia secara utuh bukan

sekedar fisiknya saja, maka memberikan kenyamanan dan dukungan emosi seringkali memberikan kekuatan bagi klien sebagai individu yang memiliki perasaan dan kebutuhan yang unik. Dalam memberi kenyamanan, sebaiknya perawat membantu klien untuk mencapai tujuan yang terapeutik bukan memenuhi ketergantungan emosi dan fisiknya (Potter&Perry, 2005).

g. Komunikator

Keperawatan mencakup komunikasi dengan klien dan keluarga, antar sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi dan komunitas. Dalam memberikan perawatan yang efektif dan membuat keputusan dengan klien dan keluarga tidak mungkin dilakukan tanpa komunikasi yang jelas. Kualitas komunikasi merupakan factor yang menentukan dalam memenuhi kebutuhan individu, keluarga dan komunitas. (Potter & Perry, 2005).

h. Penyuluh

Sebagai penyuluh, perawat menjelaskan kepada klien konsep dan data-data tentang kesehatan, mendemonstrasikan prosedur seperti aktivitas perawatan diri, menilai apakah klien memahami hal-hal yang dijelaskan dan mengevaluasi kemajuan dalam pembelajaran. Perawat menggunakan metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan klien serta melibatkan sumber-sumber yang lain misalnya keluarga dalam pengajaran yang direncanakannya. Misalnya, ketika perawat mengajarkan cara menyuntikkan insulin secara mandiri pada klien yang diabetes (Potter & Perry, 2005).

i. Kolaborator

Peran perawat disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

- j. **Edukator**
Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan. (Potter & Perry, 2005).
 - k. **Konsultan**
Peran disini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.
 - l. **Pembaharu**
Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.
3. **Fungsi Perawat**
Definisi fungsi itu sendiri adalah suatu pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah disesuaikan dengan keadaan yang ada. Dalam menjalankan perannya, perawat akan melaksanakan berbagai fungsi di antaranya:
- a. **Fungsi Independen**
Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, di mana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan dan kenyamanan, pemenuhan kebutuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.
 - b. **Fungsi Dependen**
Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagai tindakan

pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

c. Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun lainnya, seperti dokter dalam memberikan tindakan pengobatan bekerjasama dengan perawat dalam pemantauan reaksi onat yang telah diberikan. Peranan perawat sangat menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab untuk memelihara dan mengelola asuhan keperawatan serta mengembangkan diri dalam meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan keperawatan

4. Selain peran perawat keluarga di atas, ada juga peran perawat keluarga dalam pencegahan primer, sekunder dan tersier, sebagai berikut.

a. Pencegahan Primer

Peran perawat dalam pencegahan primer mempunyai peran yang penting dalam upaya pencegahan terjadinya penyakit dan memelihara hidup sehat.

b. Pencegahan sekunder

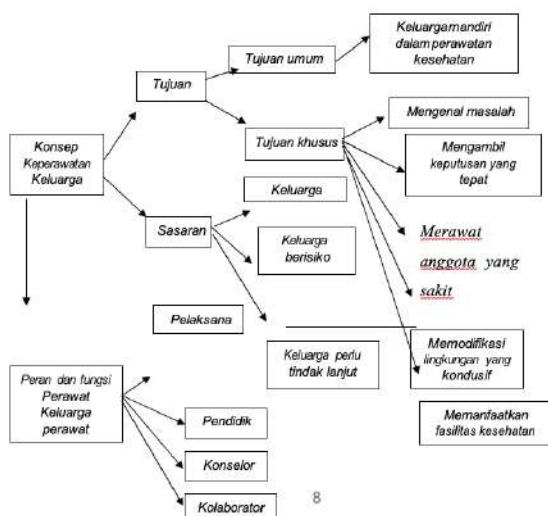
Upaya yang dilakukan oleh perawat adalah mendeteksi dini terjadinya penyakit pada kelompok risiko, diagnosis, dan penanganan segera yang dapat dilakukan oleh perawat. Penemuan kasus baru merupakan upaya pencegahan sekunder, sehingga segera dapat dilakukan tindakan. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah mengendalikan perkembangan penyakit dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Peran perawat

adalah merujuk semua anggota keluarga untuk skrining, melakukan pemeriksaan, dan mengkaji riwayat kesehatan.

c. Pencegahan tersier

Peran perawat pada upaya pencegahan tersier ini bertujuan mengurangi luasnya dan keparahan masalah kesehatan, sehingga dapat meminimalkan ketidakmampuan dan memulihkan atau memelihara fungsi tubuh. Fokus utama adalah rehabilitasi. Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka, sehingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial, emosional.

Keperawatan profesional mempunyai peran dan fungsi sebagai berikut yaitu: Melaksanakan pelayanan keperawatan profesional dalam suatu sistem pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan umum pemerintah khususnya pelayanan atau asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Dengan demikian peran dan fungsi perawat itu sangat penting untuk pelayanan kesehatan, demi meningkatkan dan melaksanakan kualitas kesehatan yang lebih baik. Dengan disusunnya materi ini mengharapkan kepada semua pembaca agar dapat mengetahui dan memahami peran dan fungsi dalam asuhan keperawatan.



Gambar 11.1: Peta Konsep Keperawatan Keluarga

Bab 12

Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga

12.1 Pendahuluan

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya intervensi yang ditujukan pada faktor perilaku. Pendidikan dan perilaku kesehatan adalah dua hal yang tidak dapat dipisahkan. Perilaku merupakan determinan kesehatan, sedangkan pendidikan kesehatan adalah bentuk intervensi dari perilaku. Pendidikan kesehatan merupakan proses yang menjembatani jurang antara informasi kesehatan dan praktik kesehatan. Pendidikan kesehatan memotivasi orang untuk mendapatkan informasi tersebut, demi menjaga agar individu lebih sehat dengan cara menghindari tindakan yang membahayakan dan dengan membentuk kebiasaan yang menguntungkan. Pendidikan kesehatan identic dengan penyuluhan kesehatan karena keduanya berorientasi kepada perubahan perilaku yang diharapkan yaitu perilaku sehat sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatannya sendiri, keluarga, dan kelompok untuk meningkatkan kesehatan (Novita, 2011).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang di

dalamnya perawat sebagai perawat pendidik (Suliha, 2002). Menurut Notoatmodjo (2010), pendidikan kesehatan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan - tindakan untuk memelihara, dan meningkatkan taraf kesehatannya. Jadi dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk kegiatan dengan menyampaikan materi tentang kesehatan yang bertujuan untuk mengubah perilaku sasaran.

12.2 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan dianggap sebagai komponen promosi kesehatan. Menurut Tones dalam De Leeuw (1989), pendidikan kesehatan berfungsi membangkitkan keinsyafan dalam masyarakat tentang aspek-aspek kerugian kesehatan lingkungan dan sumber-sumber social penyakit, yang secara ideal diikuti dengan keterlibatan masyarakat dengan giat. Pendidikan kesehatan berusaha membantu orang-orang mengontrol kesehatan mereka sendiri dengan memengaruhi, memungkinkan, dan menguatkan keputusan atau tindakan sesuai dengan nilai dan tujuan mereka (Maulana, 2009).

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga keperawatan karena merupakan salah satu peranan yang harus dilaksanakan dalam setiap memberikan asuhan keperawatan di mana saja ia bertugas, apakah itu terhadap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Effendy, 1998).

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga, dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuannya untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 1993).

Pendidikan kesehatan erat kaitannya dengan penyuluhan kesehatan dan berorientasi pada perubahan perilaku seseorang. Pendidikan kesehatan tidak hanya bertujuan untuk membangun atau mengembangkan kesadaran diri dengan berdasarkan pengetahuan kesehatan. Lebih dari itu, pendidikan kesehatan bertujuan untuk membangun perilaku kesehatan individu dan masyarakat (Asmadi, 2008).

Pendidikan kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengubah dan menguatkan faktor perilaku (predisposisi, pendukung, dan pendorong) sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat. Hal ini menunjukkan

bahwa perilaku, pendidikan kesehatan, dan status kesehatan memiliki pola hubungan yang saling berpengaruh satu sama lain (Green, 1980).

12.3 Pengertian Pendidikan Kesehatan Keluarga

Pendidikan kesehatan Keluarga adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program ini merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatis (Stuart, 2005). Carson (2000), menyatakan bahwa psiko-edukasional merupakan suatu alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Contoh situasi yang tepat dari penerapan pendidikan kesehatan untuk keluarga menurut (Carson, 2000) adalah: 1) Informasi dan latihan tentang area khusus kehidupan keluarga, seperti latihan keterampilan komunikasi atau latihan menjadi orang tua yang efektif. 2) Informasi dan dukungan terhadap kelompok keluarga khusus, stress dan krisis, seperti pada kelompok pendukung keluarga dengan penyakit Alzheimer. 3) Pencegahan dan peningkatan, seperti konseling pranikah, untuk keluarga sebelum terjadinya krisis.

12.4 Tujuan Pendidikan Kesehatan Keluarga

Tujuan Suatu pendidikan kesehatan dalam keluarga secara umum memiliki tujuan untuk mengubah perilaku individu dan masyarakat dibidang kesehatan. Menurut WHO (1954), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam memelihara perilaku sehat dan mengupayakan derajat kesehatan yang optimal merupakan tujuan pokok pendidikan kesehatan.

Secara lebih rinci tujuan pendidikan kesehatan disebutkan oleh azwar (1983) dalam (Suryani, 2009) menjadi tiga macam, yaitu:

1. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Dengan demikian kader kesehatan mempunyai tanggung jawab di dalam penyuluhannya mengarahkan kepada keadaan bahwa cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari
2. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat di dalam kelompok. Itulah sebabnya dalam hal ini pelayanan kesehatan dasar (phc) diarahkan agar dikelola sendiri oleh masyarakat, dalam hal bentuk yang nyata adalah pkmd, satu contoh pkmd adalah posyandu. Seterusnya dalam kegiatan ini diharapkan adanya langkah-langkah mencegah timbulnya penyakit.
3. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Ada kalanya masyarakat memanfaatkan sarana kesehatan yang ada secara berlebihan. Sebaliknya sudah sakit belum pula menggunakan sarana kesehatan yang ada sebagaimana mestinya.

Pendidikan kesehatan juga memiliki aspek penting yang salah satu di antaranya adalah komunikasi. Cara berkomunikasi yang digunakan dalam pendidikan kesehatan akan memengaruhi hasil dalam memberikan pendidikan kesehatan pada seseorang. Komunikasi kesehatan masyarakat telah bergeser dari strategi yang sebagian demi sebagian (*piecemeal strategies*) ke proses yang menyeluruh berdasarkan atas penelitian dan perencanaan yang berfokus pada konsumen (Rasmuson, 1988 seperti dikutip dalam (Suryani, 2009). Tujuan komunikasi kesehatan masyarakat adalah menumbuhkan perubahan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan dan berpacu pada peningkatan derajat kesehatan. Hal ini sejalan dengan tujuan pendidikan kesehatan menurut WHO. Pendidikan kesehatan tidak dilakukan secara serta merta tanpa persiapan atau perencanaan khusus. Perencanaan menjadi langkah awal penentu dalam sukses atau tidaknya sebuah program. Bagian dari perencanaan kesehatan adalah mengidentifikasi aspek perilaku yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan dan kemudian dilanjutkan dengan pengambilan langkah-langkah lain yang harus ditempuh sebagai bentuk

pelaksanaan tindak lanjut dari perencanaan. Setelah melakukan perencanaan dan pelaksanaan dalam pendidikan kesehatan, pemberi pendidikan kesehatan perlu mengadakan penilaian.

Dengan adanya penilaian, maka kita akan dapat mengetahui hasil pekerjaan kita, yang akan dapat melihat kekurangannya sejauh mana hasil kemajuan dari sistem pendidikan kesehatan yang telah diterapkan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut. Sasaran Secara umum pendidikan kesehatan memiliki tiga sasaran kelompok, yaitu pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu, pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok dan pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat. Meskipun berbeda, tujuan yang ingin dicapai dari ketiga sasaran itu serupa, berupa perubahan sikap dan perilaku individu kelompok, atau pun masyarakat agar menjadi lebih baik (Suryani, 2009).

12.5 Tahap-Tahap Pendidikan Kesehatan Keluarga

Tahap-tahap pendidikan kesehatan yang baik harus dilakukan secara terstruktur agar tujuan dapat dicapai dengan baik. Untuk itulah dibutuhkan langkah yang sistematis.

Langkah yang dapat ditempuh dalam suatu pendidikan kesehatan antara lain: (Nasrul Effendy, 2001)

1. Tahap sensitisasi

Tahap pertama berisi pemberian informasi mengenai masalah kesehatan, pengetahuan kesehatan, serta fasilitas kesehatan yang ada. Namun demikian pada tahap ini belum merujuk pada perubahan perilaku.

2. Tahap publisitas

Melanjutkan tahap yang pertama dengan fokus pada publikasi layanan kesehatan.

3. Tahap edukasi

Tahap ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap menjadi apa yang diinginkan, metode yang sesuai dengan proses belajar dan mengajar.

4. Tahap motivasi

Diharapkan pada tahap ini masyarakat dapat mengubah perilaku dan melanjutkan hal tersebut.

12.6 Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga

Kok dkk (1990) dalam Maulana (2009), mengungkapkan bahwa pendidikan kesehatan keluarga dilandasi oleh motivasi, dengan mengubah tiga factor penentu perilaku, yaitu sikap, pengaruh social, dan kemampuan lewat komunikasi. Oleh sebab itu, dalam usaha mempromosikan kesehatan, orientasi pendidikan kesehatan telah melebar dari pendidikan kesehatan yang tradisional, yang berorientasi pada kegiatan pemberian informasi ke arah perubahan perilaku dan sikap perseorangan.

Dalam konsepsi pendidikan kesehatan merupakan factor yang sangat penting karena pendidikan kesehatan mengacu pada setiap gabungan pengalaman belajar yang dipolakan untuk memudahkan penyesuaian–penyesuaian perilaku secara sukarela yang memperbaiki kesehatan individu. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan tidaklah cukup, tetapi seharusnya dipandang sebagai bagian program dari promosi kesehatan yang lebih luas (Maulana, 2009).

Pendidikan Kesehatan keluarga berfokus pada fungsi keluarga yang sehat dalam perspektif sistem keluarga dan memberikan pendekatan terutama pencegahan. Keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk berfungsi secara sehat secara luas dikenal: keterampilan komunikasi yang kuat, pengetahuan tentang perkembangan khas manusia, keterampilan membuat keputusan yang baik, positif harga diri, dan hubungan interpersonal yang sehat. Tujuan pendidikan kehidupan keluarga adalah untuk mengajar dan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan ini untuk memungkinkan

individu dan keluarga untuk berfungsi optimal. Pendidikan kesehatan keluarga mempertimbangkan isu-isu sosial termasuk ekonomi, pendidikan, masalah kerja keluarga, orangtua, seksualitas, gender dan lainnya dalam konteks keluarga. Mereka percaya bahwa masalah sosial seperti penyalahgunaan zat, kekerasan dalam rumah tangga, pengangguran, hutang, dan kekerasan terhadap anak dapat lebih efektif ditangani dari perspektif yang menganggap individu dan keluarga sebagai bagian dari sistem yang lebih besar. Pengetahuan tentang fungsi keluarga yang sehat dapat diterapkan untuk mencegah atau meminimalkan banyak masalah ini (Nursalam & Efendi, 2008).

Pendidikan kesehatan keluarga membutuhkan komunikasi yang baik, selain memerlukan kompetensi edukasional tambahan sehingga seorang pendidik kesehatan dapat bekerja dalam tempat yang berbeda dan memilih serta menggunakan strategi yang tepat untuk tujuan pendidikan yang berbeda-beda. Kompetensi pendidikan jelas penting dalam promosi kesehatan selain digunakan dalam melakukan bentuk kegiatan-kegiatan lain. Sebagai contoh, pendidikan pasien merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan pencegahan, pendidikan tentang implementasi kebijakan, pendidikan public merupakan bagian pelaksanaan tindakan kesehatan, dan mendidik anggota organisasi dapat merupakan bagian dari aksi politik yang merupakan kunci perubahan social (Maulana, 2009).

Menurut Mubarak, W.I & Chayatin (2009) dalam Lia Rosa Verenika Sinaga, (2021), Untuk mencapai keberhasilan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga ada beberapa prinsip pendidikan kesehatan yang perlu di terapkan yaitu:

1. Belajar mengajar berfokus pada klien, pendidikan klien adalah hubungan klien yang berfokus pada kebutuhan klien yang spesifik
2. Belajar mengajar bersifat menyeluruh, artinya dalam memberikan pendidikan kesehatan harus dipertimbangkan klien secara kesehatan tidak hanya berfokus pada muatan spesifik saja
3. Belajar mengajar negosiasi. Artinya di mana petugas kesehatan dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui

4. Belajar mengajar yang interaktif. Artinya di mana proses belajar mengajar adalah suatu proses yang dinamis dan interaktif, yang melibatkan partisipasi dari petugas kesehatan dan klien
5. Pertimbangan usia dalam pendidikan kesehatan untuk menumbuhkan-kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga perlu di pertimbangkan usia klien dan hubungan dengan proses belajar mengajar.

12.7 Langkah-Langkah Dalam Pendidikan Kesehatan keluarga

Menurut Swanson dan Nies dalam Nursalam & Efendi (2008) ada beberapa langkah yang harus ditempuh dalam melaksanakan pendidikan kesehatan keluarga, yaitu:

1. Tahap I. Perencanaan dan pemilihan strategi
Tahap ini merupakan dasar dari proses komunikasi yang akan dilakukan oleh pendidik kesehatan dan juga merupakan kunci penting untuk memahami kebutuhan belajar sasaran dan mengetahui sasaran atau pesan yang akan disampaikan. Tindakan perawat yang perlu dilakukan pada tahap ini antara lain:
 - a. Review data yang berhubungan dengan kesehatan, keluhan, keputusasaan, media massa, dan tokoh masyarakat.
 - b. Cari data baru melalui wawancara, fokus grup (dialog masalah yang dirasakan).
 - c. Bedakan kebutuhan sasaran dan persepsi terhadap masalah kesehatan, termasuk identifikasi sasaran
 - d. Identifikasi kesenjangan pengetahuan kesehatan.
 - e. Tulis tujuan yang spesifik, dapat dilakukan, menggunakan prioritas, dan ada jangka waktu.
 - f. Kaji sumber-sumber yang tersedia (dana, sarana dan manusia)

2. Tahap II. Memilih saluran dan materi/media.
Pada tahap pertama diatas membantu untuk memilih saluran yang efektif dan relevan dengan kebutuhan sasaran. Saluran yang dapat digunakan adalah melalui kegiatan yang ada di masyarakat. Sedangkan materi yang digunakan disesuaikan dengan kemampuan sasaran. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah :
 - a. Identifikasi pesan dan media yang digunakan.
 - b. Gunakan media yang sudah ada atau menggunakan media baru.
 - c. Pilihlah saluran dan caranya
3. Tahap III. Mengembangkan materi dan uji coba
Materi yang ada sebaiknya diuji coba (diteliti ulang) apakah sudah sesuai dengan sasaran dan mendapat respon atau tidak. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah:
 - a. Kembangkan materi yang relevan dengan sasaran.
 - b. Uji terlebih dahulu materi dan media yang ada. Hasil uji coba akan membantu apakah meningkatkan pengetahuan, dapat diterima, dan sesuai dengan individu.
4. Tahap IV. Implementasi
Merupakan tahapan pelaksanaan pendidikan kesehatan. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:
 - a. Bekerja sama dengan organisasi yang ada dikomunitas agar efektif
 - b. Pantau dan catat perkembangannya.
 - c. Mengevaluasi kegiatan yang dilakukan.
5. Tahap V. Mengkaji efektivitas
Mengkaji keefektifan program dan pesan yang telah disampaikan terhadap perubahan perilaku yang diharapkan. Evaluasi hasil hendaknya berorientasi pada kriteria jangka waktu (panjang / pendek) yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah melakukan evaluasi proses dan hasil.
6. Tahap VI. Umpan balik untuk evaluasi program
Langkah ini merupakan tanggung jawab perawat terhadap pendidikan kesehatan yang telah diberikan. Apakah perlu diadakan perubahan

terhadap isi pesan dan apakah telah sesuai dengan kebutuhan sasaran. Informasi dapat memberikan gambaran tentang kekuatan yang telah digunakan dan memungkinkan adanya modifikasi. Tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Kaji ulang tujuan, sesuaikan dengan kebutuhan.
- b. Modifikasi strategi bila tidak berhasil.
- c. Lakukan kerja sama lintas sektor dan program.
- d. Catatan perkembangan dan evaluasi terhadap pendidikan kesehatan yang telah dilakukan.
- e. Pertahankan alasan terhadap upaya yang akan dilakukan.
- f. Hubungan status kesehatan, perilaku, dan pendidikan kesehatan

12.8 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Keberhasilan dalam Pendidikan Kesehatan Keluarga

J. Guilbert dalam Nursalam & Efendi (2008), mengelompokkan faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan pendidikan kesehatan yaitu:

1. Faktor materi atau hal yang dipelajari yang meliputi kurangnya persiapan, kurangnya penguasaan materi yang akan dijelaskan oleh pemberi materi, penampilan yang kurang meyakinkan sasaran, bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran, suara pemberi materi yang terlalu kecil, dan penampilan materi yang monoton sehingga membosankan.
2. Faktor lingkungan, dikelompokkan menjadi dua yaitu :
 - a. Lingkungan fisik yang terdiri atas suhu, kelembapan udara, dan kondisi tempat belajar.
 - b. Lingkungan sosial yaitu manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian atau kegaduhan, lalu lintas, pasar dan sebagainya

3. Faktor instrument yang terdiri atas perangkat keras (hardware) seperti perlengkapan belajar alat - alat peraga dan perangkat lunak (software) seperti kurikulum (dalam pendidikan formal), pengajar atau fasilitator belajar, serta metode belajar mengajar.
4. Faktor kondisi individu subjek belajar, yang meliputi kondisi fisiologis seperti kondisi panca indra (terutama pendengaran dan penglihatan) dan kondisi psikologis, misalnya intelegensi, pengamatan, daya tangkap, ingatan, motivasi, dan sebagainya.

12.9 Tingkat Pencegahan Dalam Keluarga

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer Pencegahan primer merupakan aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit, ketidakmampuan dan cedera. Pencegahan primer melibatkan peningkatan kesehatan melalui penyuluhan kesehatan dengan penekanan pada pembentukan gaya hidup sehat guna meningkatkan tingkat fungsional optimal (seperti nutrisi, latihan, tidur, rekreasi, relaksasi, tidak menggunakan alkohol, tembakau, dan obat-obatan), pembentukan kepribadian yang sehat, konseling, dan pembentukan lingkungan sosial yang sehat. Pencegahan primer meningkatkan dan mempertahankan kesehatan keluarga. Pencegahan primer berdampak dalam peningkatan promosi kesehatan di keluarga, peningkatan kesehatan keluarga menyeluruh untuk setiap anggota keluarga. Promosi kesehatan didesain agar dapat berkontribusi dalam pertumbuhan, perluasan atau menghasilkan yang terbaik bagi kesehatan. promosi kesehatan hal yang positif, proses dinamis berfokus pada peningkatan kualitas hidup dan perbaikan, bukan semata-mata menghindar dari penyakit (Pender, Nola J., Carolyn L Murdaugh., 2002).

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah aktivitas yang berhubungan dengan deteksi dini dan treatment. Fokus pencegahan ini adalah dengan melakukan skrining untuk mendeteksi penyakit pada fase awal.

3. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit tidak bertambah parah (kronis) dan tidak menimbulkan ketidakmampuan pada individu. Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan melakukan rehabilitasi kepada individu yang meliputi rehabilitasi fisik, psikis, dan spiritual.

12.10 Metode Pendidikan Kesehatan Keluarga

Pendidikan dalam rangka meningkatkan pengetahuan keluarga terhadap kesehatan dapat dilakukan dalam berbagai cara, namun yang paling umum dilakukan adalah (Achmadi, 2013):

1. Metode individual: Bimbingan dan penyuluhan (Counseling)
2. Metode kelompok:
 - a. Kelompok besar, misalnya menggunakan metode ceramah atau seminar
 - b. Kelompok kecil:
 - 1) Diskusi kelompok
 - 2) Curah pendapat
 - 3) Bola salju
 - 4) Kelompok-kelompok kecil
 - 5) Bermain peran
 - 6) Bermain simulasi
3. Metode pendidikan massa:
 - a. Ceramah umum
 - b. Talk show di dalam program radio atau televisi

- c. Dialog membahas masalah kesehatan melalui program radio atau TV
- d. Drama, sinetron, atau film yang bernuansa kesehatan
- e. Artikel-artikel kesehatan dalam koran atau majalah
- f. Billboard, spanduk, poster tentang kesehatan.

12.11 Pentingnya Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga

1. Tercapainya perubahan perubahan perilaku pada setiap anggota keluarga dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal
2. Terbentuknya perilaku sehat pada setiap individu dalam keluarga yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan social sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian dalam keluarga
3. Agar orang mampu menerapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri, maupun memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar, dan mampu memutuskan kegiatan yang tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat (Lia Rosa Verenika Sinaga, 2021).

Daftar Pustaka

- Achmadi, U.F. (2013) Kesehatan Masyarakat Teori Dan Aplikasi. 1st edn. Jakarta: Rajawali Press.
- Akbar, M.A. (2019) Buku Ajar Konsep-konsep Dasar Dalam Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Deepublish.
- Ali, Z. 2009. Pengantar Keperawatan Keluarga. Jakarta : EGC
- Allender, Rector, and W. (2010) Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health. China: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Alligood (2014) Nursing Theorist and Their Works. St.Louis: Elsevier Mosby.
- Andarmoyo, Sulistyو. 2012. Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Anderson, T Elizabet, Mc Farlane, judith (2006) Buku Ajar Keperawatan Komunitas Teori dan Praktik. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Anderson, T.Elizabeth, Farlen, Mc. Judith. (2000). Community As Partner Theory and Practice in Nursing. Philadelphia. Lippincott.
- Ann Allender, J., Rector, C. and Warner, K. D. (2010) Community Health Nursing: Promoting & Protecting the Public's Health. 7th edn. Lippincott William & Wilkins.
- Arumsari, Wulandari. dkk, (2015). Keperawatan Kesehatan Kerja <https://pdfcoffee.com/keperawatan-kesehatan-kerja-doc-pdf-free.html>. diakses pada 9 Mei 2022.
- Asmadi (2008) Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC.

- Ayed, A. et al. (2021) 'Effect of High Fidelity Simulation on Perceptions of Self-Awareness, Empathy, and Patient-Centered Care Among University Pediatric Nursing Classes', *Clinical Simulation in Nursing*, 56, pp. 84–90. doi: 10.1016/J.ECNS.2021.04.005.
- Bailon, S.G. & Maglaya, A. (1978). *Perawatan Kesehatan Keluarga: Suatu Pendekatan Proses (Terjemahan)*. Jakarta: Pusdiknakes
- Bakri, M. H. (2017) *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Bender and Feldman (2015) *A Practice Theory Approach to Understanding the Interdependency of Nursing Practice and the Environment: Implications for Nurse-Led Care Delivery Models*'.
- Berman, A., Snyder, S. . and Frandsen, G. (2016) *Kozier & Erbs's Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 10th edn. PEARSON.
- Carson, V.. (2000) *Mental Health Nursing: The Nurse-Patient. Journey* Philadelphia: Saunders Company.
- Chairani, Reni. (2015). *Modul Keperawatan Komunitas 1 : Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Khusus*. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia.
- Davis, C. (2017) 'The importance of professional accountability', *Nursing Made Incredibly Easy*, 15(6), p. 4. doi: 10.1097/01.NME.0000525557.44656.04.
- Deden Derawan (2012) *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Efendi, F., & Makhfudli, M. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*.
- Effendy (1998) *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Effendy N, (1998). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, EGC. Jakarta
- Effendy, F., (2013). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.

- Families, C.a.S.S., (2010). *The State of Victoria's Children 2010*. Victoria: Families, Communities and Social Support. p.257.
- Farida (2014) Pemahaman Perawat tentang Perkesmas dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rowosari Kecamatan Tembalang Kota Semarang, *Jurnal Universitas Diponegoro*. Universitas Diponegoro. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2.
- Fatimah.2010. *Merawat Manusia Lanjut Usia*. Jakarta : Trans Info Media.
- Fitriani, S. (2011) "Promosi Kesehatan," Yogyakarta: Graha ilmu.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC
- Friedman, M. M. (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*.(Family nursing teori and practice). Edisi 3. Alih bahasa Ina debora R. L. Jakarta: EGC
- Friedman, M.M, Bowden, V.R. & Jones, E.G. (2013). *Family nursing: Research, Theory & Practice*. (5th ed.), New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, M.M. (1998). *Family nursing: Research, Theory & Practice*. (4th ed.), California: Appleton and Lange.
- Graf, W. D., Epstein, L. G. and Pearl, P. L. (2020) 'Practical Bioethics during the Exceptional Circumstances of a Pandemic', *Pediatric Neurology*, 108, p. 3. doi: 10.1016/J.PEDIATRNEUROL.2020.04.011.
- Green, L & Kreuter, M.W, (2005). *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*, Second Edition, Mayfield Publishing Company.
- Green, L. (1980) *Health Education: A Diagnosis Approach*. The John Hopkins University: Mayfield Publishing Co.
- Haddad, L. M. and Geiger, R. A. (2021) 'Nursing Ethical Considerations', StatPearls. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/> (Accessed: 12 May 2022).
- Hanson, S.M.H., & Boyd, S.T. (1996). *Family Health care nursing: Theory, Practice and research*, Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Harmili and Kristiana, A. (2021) Buku Ajar Keperawatan Komunitas 1. Jawa tengah: PT Nasya Expanding Management.
- Harnilawati. (2013). Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam
- Hunt, M. (2009) Introduction to Community-Based Nursing. 4th edn. Lippincott Williams & Wilkins.
- I Ketut Swarjana (2017) Ilmu kesehatan Masyarakat (konsep, strategi dan praktik). 1st edn. Yogyakarta: penerbit Andi.
- Indratani, T. dan Syafar, M. (2020) "Promosi Kesehatan Untuk Bidan," Jakarta: CV. AA. Rizky.
- Jum Panata (2018) Aku Perawat Komunitas. 1st edn. Yogyakarta: Penerbit Gaya Media.
- Junaiti Sahar, Agus Setiawan, N. made R. (2019) Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. 1 st. Singapore: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Jurusalem, Mohammad Adam & Khayati Enny Zuhny. (2019). Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Fakultas Teknik Universitas Negri Yogyakarta.
- Kaakinen, Joanna Rowe. et al. (2010). Family Health Care Nursing : Theory, Practice, and Research. 4th Edition. Philadelphia : Davis Company
- Kass, N. E. (2001) 'An Ethics Framework for Public Health', American Journal of Public Health, 91(11), pp. 1776–1782. doi: 10.2105/AJPH.91.11.1776.
- Kelly, B. D. et al. (2020) 'Mental health, mental capacity, ethics, and the law in the context of COVID-19 (coronavirus)', International journal of law and psychiatry, 73. doi: 10.1016/J.IJLP.2020.101632.
- Kemenkes RI (2006) Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskemas. Jakarta.
- Kemenkes RI (2019) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan pelaksanaan UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
- Kementrian kesehatan RI. (2014). Konsep Keperawatan keluarga
- Khotimah et al. (2022) Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Medan: Yayasan Kita Menulis.

- Kinsinger, F. S. (2009) 'Beneficence and the professional's moral imperative', *Journal of Chiropractic Humanities*, 16(1), p. 44. doi: 10.1016/J.ECHU.2010.02.006.
- Lia Rosa Verenika Sinaga, dkk (2021) Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku. 1st edn. Yayasan Kita Menulis.
- Maglaya, Arceli. (2009). *Nursing Practice In the Community*. Marikina City: Argonauta Corporation.
- Manalu, N. V. et al. (2021) *Keperawatan Profesional*. Edited by A. Karim. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Manuel, C. et al. (1990) 'The ethical approach to AIDS: A bibliographical review', *Journal of Medical Ethics*, 16(1), pp. 14-27. doi: 10.1136/jme.16.1.14.
- Marcia Stanhope, R. N. K. (1997) *Buku Saku Keperawatan Komunitas & Kesehatan Rumah Perangkat pengkajian, intervensi dan penyuluhan*. 1st edn. Jakarta: EGC.
- marilyn M Friedman, Vicjy R Bowden, E. G. jones (2002) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, teori dan praktik*. 5th edn. Jakarta: EGC.
- maryani, D. sri (2014) *ilmu keperawatan Komunitas*. 1st edn. Bandung: CV Yrama Widya.
- Maulana, H. D. J. (2009) "Promosi Kesehatan," Jakarta: EGC.
- Maulana, H.D.. (2009) *Promosi Kesehatan*. 1st edn. Edited by E.K. Yudha. Jakarta: EGC.
- Mawarti, H. et al. (2021) *Pengantar Riset Keperawatan*. Edited by R. Watrionthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika..
- Mubarak, W. I. (2007) "Promosi Kesehatan," Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Mubarak, Wahit Iqbal. Dkk. (2006). *Ilmu Keperawatan Komunitas 2 Teori & Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta : CV. Sagung Seto
- Mulyasa, E. (2013) "Pengembangan dan Implementasi Kurikulum 2013. Bandung: Remaja Rosdakarya," *Dinamika Hidrosfer Di Kelas X IPS 2 SMA Negeri 16 Surabaya*.

- Nadirawati (2018) Buku ajar asuhan keperawatan keluarga teori dan aplikasi praktik. Bandung: Refika.
- Nadirawati. (2018). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga. Bandung: PT Refika Aditama.
- Nasrul Effendy (2001) Dasar Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC.
- Nasution, N. H. et al. (2021) Kesehatan dan Pengelolaan Lingkungan. Edited by R. Watrianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Nies and McEwen (2014) Cummunity & Public Health Nursing. St.Louis: Mosby Co.
- Nies, Mary A; McEwen, M. (2015) Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Pertama. Edited by A. R. N. M. Sahar, Junaiti; Setiawan. Jakarta: Elsevier.
- Notoatmodjo, S. (1993) Pengantar Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Yogyakarta: Andi Offset.
- Notoatmodjo, S. (2010) Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Renika Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012) "Promosi Kesehatan dan perilaku Kesehatan," Jakarta: Rineka Cipta.
- Novita, N. (2011) Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Ns. Komang Ayu Herny Achjar (2011) Teori & Praktek Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta: EGC.
- Nursalam & Efendi, F. (2008) Pendidikan Dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila (2012) Buku ajar keperawatan keluarga dilengkapi aplikasi kasus askep keluarga terapi herbal dan terapi modalitas. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Panglipurningsih, N. A. P. and Astarini, M. I. A. (2020) 'PENERAPAN CARING OLEH PERAWAT KOMUNITAS DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN PENYAKIT KRONIS', *Adi Husada Nursing Journal*, 5(2), p. 1. doi: 10.37036/ahnj.v5i2.145.

- Pender, Nola J., Carolyn L Murdaugh., M.A.P. (2002) *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Pearson education, Inc.
- Permatasari, Henny. (2010). *Tinjauan Teori Keperawatan Kesehatan Kerja*. Online. Diakses dari [http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/viewFile/240/pdf_169] diakses pada 28 April 2022.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2016) *Kode Etik Keperawatan Indonesia*. Available at: https://ppni-inna.org/doc/ADART/KODE_ETIK_KEPERAWATAN_INDONESIA.pdf (Accessed: 10 May 2022).
- Pope, B., Hough, M. C. and Chase, S. (2016) 'Ethics in community nursing', *Journal of Health Ethics*, 12(2), p. 3. doi: 10.18785/ojhe.1202.03.
- Potter PA & Perry AG. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Keluarga, Proses dan Praktik Edisi 4*, Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. and Perry, A. G. (2010) *Fundamental Keperawatan*. Ed 7. Elsevier.
- Prasetyawati, AE. (2011) "Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Kebidanan Holistik," Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pursio, K. et al. (2021) 'Professional autonomy in nursing: An integrative review', *Journal of Nursing Management*, 29(6), pp. 1565–1577. doi: 10.1111/jonm.13282.
- R.Fallen & R.Budi Dwi K (2011) *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rachmawati, W. C. (2019) "Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku" Malang: Wineka Medika.
- Ratnasari, Yunita. (2011). *Pengaruh Pergaulan Teman Sebaya Terhadap Minat Baca Siswa Kelas V SD Negeri Bojongsari 1 Kabupaten Purbalingga*. Skripsi Sarjana pada FIP UNY Yogyakarta.
- Roberts, M. J. and Reich, M. R. (2002) 'Ethical analysis in public health', *The Lancet*, 359(9311), pp. 1055–1059. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08097-2.
- Ronald F. Clayton (2018) *Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga*, info@pdfcoffee.com.

- Sahar, Junaiti. Setiawan, Agus. & Riasmini, Ni Made. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*, edisi Indonesia pertama. Singapura : Elsevier Pte Ltd.
- Sanny, F. et al. (2022) *Penelitian Keperawatan*. Edited by R. Watrianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sari, M. H. N. et al. (2021) *Dasar-Dasar Epidemiologi*. Edited by R. Watrianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Shaibu, S. et al. (2021) 'Duty versus distributive justice during the COVID-19 pandemic', *Nursing Ethics*, 28(6), pp. 1073–1080. doi: 10.1177/0969733021996038.
- Sherman, R. O. (2013) *5 Ways to Promote Professional Accountability in Nursing*. Available at: <https://www.emergingrnleader.com/professional-accountability-in-nursing/> (Accessed: 12 May 2022).
- Skår, R. (2009) 'The meaning of autonomy in nursing practice', *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), pp. 2226–2234. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x.
- Stanhope & Lancaster (2012) *Foundation of nursing in the community: Community Oriented Practice*. 4 ed. St.Louis Missouri: Elsevier Mosby.
- Staub, R. (2005) *Accountability and its role in the workplace - Triad Business Journal*. Available at: <https://www.bizjournals.com/triad/stories/2005/01/17/smallb3.html> (Accessed: 12 May 2022).
- Stuart, L. (2005) *Buku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Suliha, U. (2002) *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Erlangga.
- Suryani (2009) *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Susanto, T. (2012) *Buku ajar keperawatan keluarga*. Jakarta: TIM.
- Swanson M. Janice, Nies. Mary. (1997). *Community Health Nursing Promoting the Health of Aggregate*. Philadelphia: WB. Saunders.
- Syarifudin. (2009) "Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan," Jakarta: TIM.

- Utami, N. W., Augustine, U. and Happy, R. endah (2016) Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, RI. Available at: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Etika-Keperawatan-dan-Keperawatan-Profesional-Komprehensif.pdf> (Accessed: 10 May 2022).
- UU RI No.38 (2014) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. Indonesia. Available at: <http://www.kemenkopmk.go.id/sites/default/files/produk hukum/ UU Nomor 38 Tahun 2014.pdf>.
- wahit iqbal mubarak (2009) pengantar keperawatan komunitas 1. 2nd edn. Jakarta: CV.Sagung Seto.
- Wahit Iqbal Mubarak, Nurul Chayatin, B. A. S. (2012) Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Widagdo, W. (2016). Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Widyaningsih, D dan Suharyanta, D. (2020) "Promosi dan Advokasi Kesehatan," Yogyakarta: CV Budi Utama.
- widyanto, faisalado C. (2014) keperawatan Komunitas dengan pendekatan praktis. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Windagdo (2016) Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Wiradhana, I., Muin, E., Windrawati, W., et al., (2012). Komunikasi Efektif Orangtua dengan Remaja. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Direktorat Bina Ketahanan Remaja : Jakarta.
- Wuryaningsih, E.U., Windarwati H. D., Dewi E. I., Deviantony, F., Hadi E. (2020) "Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1," Jember: UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember.
- Zulkahfi, Supinganto, H. (2015) Asuhan Keperawatan Komunitas. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.

Biodata Penulis



Dian Yuniar Syanti Rahayu lahir di Bandung. Merupakan dosen pengajar pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari untuk mata kuliah keperawatan Komunitas, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Keluarga. Jenjang akademik penulis mulai ditempuh dari AKPER Manggala Husada, Jakarta, kemudian Program Studi SI Kesehatan Masyarakat Urindo Jakarta, penulis melanjutkan studi Program Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung. Jenjang karir penulis mulai menjadi perawat di RSUD Palabuhan Ratu (2001-2002), perawat di Puskesmas Ciambar Sukabumi (2002-2004), mengajar di ITK Avicenna Kendari (2005 – 2009), dan di Poltekkes Kemenkes Kendari sampai sekarang. Penulis juga aktif mengikuti berbagai seminar, pelatihan, conference dan lokakarya untuk meningkatkan kompetensi dalam bidang keperawatan.



Ns. Novita Anggraini, S.Kep.,M.Kes. Lulus S1 Keperawatan dan Ners pada tahun 2006, lulus program magister kesehatan pada tahun 2014. Saat ini sebagai dosen tetap di Unika Musi Charitas Palembang, prodi Ilmu Keperawatan dan Ners. Fokus mengajar mata kuliah keperawatan maternitas, dan beberapa mata kuliah yang berkaitan. Sebagaimana dosen, saat ini aktif menekuni tugas tridharma perguruan tinggi yaitu pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat



/Kuswanto. SKp. MHKes, lahir di Karanganyar pada tanggal 28 Desember 1973. Menyelesaikan kuliah di Akper Solo dan mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan pada tahun 1996, Sarjana Keperawatan pada tahun 2002 dan Magister Hukum Kesehatan pada tahun 2012. Pada tahun 2013 diangkat menjadi Dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.



Santa Maria Pangaribuan lahir di Tarutung, Sumatera Utara, pada 29 Agustus 1993. Pendidikan sarjana di tempuh di program studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran, lulus tahun 2014. Pada tahun 2017, penulis diterima di Program Master of Science in Nursing, Taipei Medical University, Taiwan, dan menamatkan pada tahun 2019. Saat ini adalah dosen tetap Program Studi Keperawatan Akper RS PGI Cikini, Jakarta. Mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik. Aktif menulis artikel di berbagai jurnal ilmiah. Salah satu artikelnya dengan judul *Mediating Effects of Coping Strategies on the Relationship Between Mental Health and Quality of Life Among Indonesian Female Migrant Workers in Taiwan* telah dimuat di *International Journal terindex scopus (Q1)*.



I Gede Purnawinadi lahir pada tanggal 1 Desember tahun 1987 di Desa torue, Kecamatan Torue, Kabupaten Parigi-Moutong, Provinsi Sulawesi Tengah. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2010 dan Profesi Ners tahun 2018 di Universitas Klatat. Pada tahun 2016 penulis juga telah menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan bidang minat Epidemiologi di Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat melalui

program Beasiswa Pendidikan Pascasarjana Dalam Negeri (BPPDN) dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Republik Indonesia. Penulis bekerja sebagai dosen tetap dan menjabat sebagai sekretaris Komite Penelitian dan Pengabdian Masyarakat di Fakultas Keperawatan Universitas Klabat sejak tahun 2010 sampai saat ini. Penulis telah menulis beberapa buku terkait bidang keperawatan dan kesehatan masyarakat. Penulis aktif sebagai peneliti dalam bidang keperawatan kesehatan komunitas, epidemiologi dan biostatistik. Penulis juga menjadi editor dan reviewer di beberapa jurnal nasional maupun internasional.



Bangun Dwi Hardika lahir di Bantul, pada 16 September 1988. Menyelesaikan Program Pendidikan S1 Keperawatan di STIKes Perdhaki Charitas tahun 2010, dan Profesi Ners di STIKes BINAWAN Jakarta pada tahun 2011, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Sriwijaya (2015-2017). Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan UNIKA Musi Charitas Palembang dengan mata kuliah yang diampu, yaitu Keperawatan Komunitas dan Keluarga. Aktif Melakukan

Pengabdian kepada masyarakat, menulis buku, dan memiliki publikasi penelitian terakreditasi Sinta 3-5, serta Prosiding nasional maupun internasional.



Iis Sumiyati lahir di Bogor, pada 22 Juli 1986. Yang kerap disapa Iis adalah putri dari pasangan Asep Junaedi (ayah) dan Rohimah (ibu). Berprofesi sebagai dosen di Akademi Kebidanan Bina Husada Tangerang dan saat ini aktif sebagai Bidan Praktek Mandiri. Iis Sumiyati telah mempublikasikan artikel baik Jurnal Nasional dan beberapa Jurnal Internasional.



Nur Febrianti lahir di Poso, pada tanggal 9 Februari 1990. Lulusan Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Justitia Palu tahun 2010. Kemudian melanjutkan kuliah SI keperawatan dan Profesi Ners di Stikes Graha Edukasi Makassar tahun 2010 sampai 2014. Pada tahun 2016 tercatat sebagai mahasiswa Pasca Sarjana Magister Ilmu keperawatan Universitas Hasanuddin dan lulus pada tahun 2018.

Pernah mengajar Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Anak, Ilmu Dasar Keperawatan serta sebagai pembimbing dan penguji Skripsi di Stikes graha edukasi makassar sampai tahun 2020. Sejak tahun 2020 sampai sekarang tercatat sebagai dosen tetap di Akademi keperawatan Justitia palu. Wanita yang kerap kali disapa Ian ini adalah anak pertama dari pasangan Jaiman (Ayah) dan Sunarti (Ibu). Alamat email: nur.febrianti90@yahoo.co.id



Guling Setiawan lahir di Jakarta, pada 12 Januari 1982. Dia tercatat sebagai lulusan dari Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung. Pria yang kerap disapa Wawang ini merupakan putra ketiga dari ayahanda H. Sumardi, dan ibunda Hj. Suci Aminah. Guling Setiawan merupakan seorang yang memiliki pengalaman Panjang di dunia Pendidikan. Ia lebih senang berinteraksi dengan masyarakat luas. Hal ini dibuktikan dengan aktif sebagai pengurus Rukun Warga (RW) untuk periode 2021-2026, dan juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di wilayah Kota Cimahi.



Martalina Limbong, S.Kp., M.Kep., CH merupakan Dosen pengajar pada Program Diploma III (D III) Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Penulis lahir di Sei lebah, pada 3 Maret 1980. Menempuh Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus tahun 2003. Tahun 2012 menempuh Program Magister Keperawatan di Universitas Sumatera Utara (USU) Medan dan saat ini penulis sedang menyelesaikan pendidikan Program Doktorat Pengalaman di dunia profesi, Penulis bekerja Perawat di Rumah Sakit Advent Medan (RSAM) sejak Tahun 2004-2005. Sejak 2005 hingga sekarang sebagai

dosen tetap di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar. Pada tahun 2017 dinyatakan lulus sertifikasi dosen sebagai Dosen Profesional pada ilmu keperawatan. Sebagai Dosen profesional, penulis aktif dalam melakukan penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) dan mengikuti seminar dan workshop baik secara nasional dan secara Internasional. Hasil karya baik berupa prosiding, jurnal dan buku yang tercatat di Googlescholar dan Sinta. Silahkan

kunjungi

<https://scholar.google.com/citations?user=rgZwVaEAAAAJ&hl=en>

. Silahkan kunjungi

<https://scholar.google.com/citations?user=rgZwVaEAAAAJ&hl=en>



Jeni Rante Tasik Lahir di Buntulobo, pada 12 Juli 1984, Ia tercatat sebagai lulusan Magister Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Wanita yang kerap dipanggil Jeni ini adalah pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika dan Juga sebagai Dosen di Prodi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Prodi Timika



Dr. Mustar. A.Per.Pen., M.Kes lahir di Majene, 01 Desember 1964, telah melaksanakan pengabdian pertama di Puskesmas pada tahun 1986 - 1992 , dan pada tahun 1993 - 2001 bertugas sebagai Guru SPK Dep. Kes Ujung Pandang, tahun 2002 - 2006 bertugas di Akper Pemda Majene, tahun 2007 - 2009 Dosen di Unsulbar, tahun 2010 hingga sekarang tercatat sebagai Dosen Lembaga Layanan Dikti Wilayah IX Sulawesi dengan DPK pada Institut Sains dan Kesehatan Bone. Menyelesaikan Pendidikan Program DIV Keperawatan Komunitas pada Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 1999. Selanjutnya menyelesaikan program Magister pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan pada Universitas Hasanuddin pada tahun 2007, dan terakhir mendapatkan gelar Doktor Bidang Sosiologi Konsentrasi Sosiologi Kesehatan pada Universitas Negeri Makassar pada tahun 2015.

ILMU KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN KELUARGA

Buku Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga ini di susun untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan kepada mahasiswa keperawatan tentang ilmu keperawatan komunitas dan ilmu keperawatan keluarga.

Adanya Buku Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga ini diharapkan menjawab tuntutan masyarakat terhadap pelayanan Kesehatan baik pelayanan primer, sekunder dan tersier yang semakin tinggi, munculnya berbagai permasalahan kesehatan di masyarakat membuat tenaga keperawatan harus mampu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang Kesehatan dengan berbagai pendekatan salah satunya pendekatan keperawatan komunitas dan pendekatan keperawatan keluarga dimana keluarga sebagai satu unit terkecil didalam masyarakat, dengan selalu membaca referensi terkini berdasarkan evidence base yang valid sehingga perawat bisa memberikan pelayanan secara professional dalam bidang ilmu keperawatan komunitas dan keluarga.

Buku ini di susun dalam 12 Bab secara sistematis dan lengkap uraiannya.

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

Bab 2 Teori dan Model Praktik Keperawatan Komunitas

Bab 3 Keperawatan Kesehatan Kerja

Bab 4 Keperawatan Kesehatan Keluarga

Bab 5 Etika Keperawatan Komunitas

Bab 6 Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas

Bab 7 Promosi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Primer

Bab 8 Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

Bab 9 Struktur dan Fungsi Keluarga

Bab 10 Tahap-Tahap Keluarga dan Tugas Perkembangan Keluarga

Bab 11 Peran dan Fungsi Perawat dalam Asuhan Keperawatan Keluarga

Bab 12 Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-502-5

