



KEPERAWATAN

KELUARGA DAN KOMUNITAS



Lenny Erida Silalahi • Tiurlan Mariasima Doloksaribu
Jespin Saurina Manalu • Yuni Astuti • Dian Yuniar Syanti Rahayu
Hardiyati • Martalina Limbong • Siti Urifah • Anis Laela Megasari
Adolfina Tandilangan • Wiwiek Widiatie • Yunis Veronika Purba
Tri Suwanto • Lintang Puspita Prabarini

KEPERAWATAN

**KELUARGA
DAN KOMUNITAS**



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

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

- penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- 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

- 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).
- 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).

Keperawatan Keluarga dan Komunitas

Lenny Erida Silalahi, Tiurlan Mariasima Doloksaribu
Jespin Saurlina Manalu, Yuni Astuti, Dian Yuniar Syanti Rahayu
Hardiyati, Martalina Limbong, Siti Urifah, Anis Laela Megasari
Adolfina Tandilangan, Wiwiek Widiatie, Yunis Veronika Purba
Tri Suwanto, Lintang Puspita Prabarini



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keperawatan Keluarga dan Komunitas

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Lenny Erida Silalahi, Tiurlan Mariasima Doloksaribu
Jespin Saurlina Manalu, Yuni Astuti, Dian Yuniar Syanti Rahayu
Hardiyati, Martalina Limbong, Siti Urifah, Anis Laela Megasari
Adolfina Tandilangan, Wiwiek Widiatie, Yunis Veronika Purba
Tri Suwarto, Lintang Puspita Prabarini

Editor: Ronal Watrianthos

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

Lenny Erida Silalahi., dkk.

Keperawatan Keluarga dan Komunitas

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 170 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-573-5

Cetakan 1, Agustus 2022

- I. Keperawatan Keluarga dan Komunitas
- 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

Puji Syukur bagi Allah Tuhan semesta alam, atas rahmat dan hidayah Nya kami akhirnya dapat menyelesaikan buku “Keperawatan Keluarga dan Komunitas” dengan baik. Buku ini disusun atas Kerjasama dan kolaborasi dosen dari berbagai institusi perguruan tinggi di Indonesia.

Buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu buku acuan bagi dosen atau tenaga pengajar, calon perawat dan praktisi pelayanan Kesehatan dalam mengenal tentang Konsep Keluarga Sejahtera, Konsep Peran dan Fungsi Keluarga, Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga, Pengaruh Sosial Kultural pada Kesehatan, Model konseptual Keperawatan Keluarga, Pengkajian keperawatan Keluarga, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan Keluarga, Trend Issue Keperawatan Keluarga, Asuhan Keperawatan Keluarga dengan masalah tumbuh kembang, Asuhan Keperawatan Keluarga dengan masalah remaja, Konsep Keperawatan Komunitas, Konsep Pengorganisasian Komunitas, Etika Keperawatan Komunitas dan Diagnosa Keperawatan Komunitas.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan buku ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan keberkahan untuk seluruh tim yang terlibat.

Sebagai manusia biasa, buku ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu kami selalu membuka diri untuk menerima berbagai masukan, kritik dan saran agar buku ini lebih baik lagi. Besar harapan kami, semoga buku ini mampu memberikan kemanfaatan bagi ilmu keperawatan.

Tim Penulis

Ns. Lenny Erida Silalahi. S. Kep., M. Kep

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Konsep Keluarga Sejahtera

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Indikator Keluarga Sejahtera	4

Bab 2 Konsep, Peran, dan Fungsi Keluarga, Perawatan Keluarga

2.1 Pendahuluan	7
2.2 Peran Keluarga	8
2.3 Fungsi Keluarga	11
2.4 Perawatan Keluarga	17

Bab 3 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

3.1 Peningkatan Kesehatan (Promotif)	23
3.2 Pencegahan Penyakit (Preventif)	27
3.3 Pemulihan Kesehatan (Rehabilitatif)	31

Bab 4 Pengaruh Sosiokultural Pada Kesehatan

4.1 Pendahuluan	33
4.2 Keterkaitan Sosiokultural Dalam Sistem Kesehatan Di Indonesia	34
4.3 Beberapa Masalah Sosiokultural Dalam Upaya Kesehatan di Indonesia	39
4.4 Membangun Kemitraan Dalam Promosi Kesehatan: Solusi Persoalan Sosiokultural Kesehatan	42

Bab 5 Model Konseptual Keperawatan Keluarga

5.1 Konsep Model Keperawatan	47
------------------------------------	----

Bab 6 Pengkajian Keperawatan Keluarga

6.1 Pendahuluan	51
6.2 Pengkajian Keperawatan Keluarga	52
6.2.1 Data Umum	53

6.2.2 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	55
6.2.3 Pengkajian lingkungan	55
6.2.4 Struktur Keluarga.....	57
6.2.5 Fungsi Keluarga.....	58
6.2.6 Stres dan Koping Keluarga	60
6.2.7 Pemeriksaan Fisik.....	61
6.2.8 Harapan Keluarga.....	61

Bab 7 Tren dan Isu Pada Keperawatan Keluarga

7.1 Pendahuluan.....	63
7.2 Beberapa Trend dan Isu Dalam Keperawatan Keluarga	64
7.3 Isu Terbaru Dalam Keperawatan Keluarga	67
7.3.1 Isu Praktik.....	67
7.3.2 Pendidikan.....	70
7.3.3 Isu Penelitian.....	70
7.3.4 Isu Kebijakan	71
7.4 Permasalahan Trend dan Isu Keperawatan.....	72

Bab 8 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Tumbuh Kembang

8.1 Pendahuluan.....	77
8.2 Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	79
8.2.1 Masalah Tumbuh Kembang	79
8.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Malah Tumbuh Kembang ...	82
8.3 Keluarga Dengan Masalah Tumbuh Kembang.....	83
8.3.1 Struktur Peran Keluarga	84
8.3.2 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan.....	85
8.4 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Tumbuh Kembang ...	86
8.4.1 Anamnesis	86
8.4.2 Pemeriksaan Fisik.....	86

Bab 9 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Kesehatan Pada Remaja

9.1 Pendahuluan.....	91
9.2 Masalah Kesehatan Pada Remaja Di Indonesia.....	95
9.2.1 Anemia	95
9.2.2 Stunting.....	96
9.2.3 Obesitas	97
9.2.4 Kekurangan Energi Kronik (KEK)	98

9.3 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Kesehatan Remaja....	99
9.3.1 Anemia	99
9.3.2 Stunting.....	100
9.3.3 Obesitas	101
9.3.4 KEK (Kekurangan Energi Kronik)	101

Bab 10 Konsep Keperawatan Komunitas

10.1 Pendahuluan.....	103
10.2 Area Praktik Keperawatan Komunitas	106
10.3 Sasaran Keperawatan Komunitas	108
10.4 Faktor Memengaruhi Kesehatan	111

Bab 11 Konsep Pengorganisasian Komunitas

11.1 Pendahuluan.....	115
11.2 Pembangunan/Pengorganisasian Masyarakat	116
11.3 Proses Pengorganisasian/Pembangunan Masyarakat	119

Bab 12 Peran dan Fungsi Perawat Dalam Keperawatan Komunitas

12.1 Pendahuluan.....	125
12.2 Peran Perawat Dalam Keperawatan Komunitas	127
12.3 Fungsi Perawat Komunitas dan Peran Perawat Komunitas	131

Bab 13 Etika Dalam Keperawatan Komunitas

13.1 Pendahuluan.....	135
13.2 Etika Keperawatan	138
13.3 Kode Etik Keperawatan Indonesia.....	141
13.4 Prinsip Etika Dalam Kesehatan Komunitas	143

Bab 14 Diagnosa Keperawatan Komunitas

14.1 Pendahuluan.....	145
14.2 Konsep Diagnosa Komunitas	146
14.3 Analisa Komunitas	149
14.4 Jenis Diagnosa	151
14.5 Penyusunan Diagnosa Komunitas	152

Daftar Pustaka	155
Biodata Penulis	165

Daftar Gambar

Gambar 4.1: Sistem Sosiokultural Pelayanan Kesehatan.....	37
Gambar 10.1: Faktor Utama Yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat l l l	
Gambar 14.1: Format Diagnosa Keperawatan Komunitas.....	154

Daftar Tabel

Tabel 14.1: Persamaan Diagnosa Komunitas dan Individu.....	148
Tabel 14.2: Perbedaan Diagnosa Komunitas dan Individu	148
Tabel 14.3: Perbandingan Diagnosa Positif dan Negatif.....	152

Bab 1

Konsep Keluarga Sejahtera

1.1 Pendahuluan

Keluarga dan komunitas sangat berperan penting di dalam kehidupan bermasyarakat, dimana keluarga dan komunitas mengalami perubahan pertumbuhan dan perkembangan menjadi individu yang tumbuh di dalam masyarakat. Fungsi dan peran keluarga dan komunitas sangat berpengaruh terhadap keadaan kesehatan baik individu, keluarga maupun masyarakat.

Keluarga merupakan bagian dari kelompok sosial pertama dalam kehidupan sosial. Karena di dalam keluarga terdapat pengalaman serta interaksi antar individu untuk beradaptasi di luar lingkungannya. Karena keluarga merupakan salah satu tempat dalam mengasuh dan membimbing dengan nilai serta norma sosial dan budaya yang berlaku. Sehingga dapat mewujudkan keluarga yang sejahtera.

Konsep Keluarga Sejahtera

Keluarga sejahtera adalah keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan anggotanya, baik kebutuhan sandang, pangan, papan, sosial dan spiritual. Keluarga sejahtera keluarga yang dibentuk melalui dasar perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, serta memiliki hubungan yang serasi,

selaras dan seimbang antar anggota dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan(Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun, 1992).

Pengertian Keluarga Sejahtera

Keluarga sejahtera adalah Keluarga yang dibentuk melalui lembaga perkawinan yang sah, dan mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual maupun material yang cukup, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, serta memiliki hubungan yang selaras dan serasi serta seimbang antar anggota dengan anggota lainnya serta masyarakat dan lingkungannya (BKKBN, 1994).

Keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah dan bercirikan sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan serta bertanggung jawab, harmonis dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa(Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52, 2009).

Tujuan Keluarga Sejahtera

1. Mewujudkan keluarga kecil Bahagia.
2. Sejahtera bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.
3. Produktif.
4. Mandiri.
5. Mampu dalam membangun diri sendiri dan lingkungannya.

Pembangunan keluarga sejahtera diwujudkan melalui pengembangan kualitas keluarga diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu oleh masyarakat dan keluarga.

Kesejahteraan Keluarga

Dalam pandangan sistem kesejahteraan dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu output/hasil dari sebuah proses pengelolaan input (sumber daya) yang tersedia dimana kesejahteraan sebagai output pada suatu titik menjadi sumber daya.

Dua dimensi kesejahteraan keluarga:

1. Dimensi material.
2. Dimensi spiritual.

Kesejahteraan keluarga di bedakan bagi menjadi dua bagian yaitu:

1. Kesejahteraan ekonomi (family well being): diukur dari pendapatan, upah, aset, pengeluaran keluarga.
2. Kesejahteraan material (family material well-being): diukur dari berbagai bentuk barang dan jasa yang diakses oleh keluarga.

Kategori kesejahteraan (quality of life atau individual well-being) yaitu:

1. Fisik.
2. Psikologis.
3. Tingkat kemandirian.
4. Sosial.
5. Lingkungan.
6. Spiritual.

Faktor-Faktor Keluarga Sejahtera

1. Faktor intern keluarga:
 - a. jumlah anggota keluarga;
 - b. tempat tinggal;
 - c. keadaan sosial ekonomi keluarga;
 - d. keadaan ekonomi keluarga.

2. Faktor ekstern keluarga

Kesejahteraan keluarga perlu dijaga dan terus dikembangkan karena guncangan dan ketegangan jiwa diantara keluarga perlu dihindarkan, dikarenakan dapat mengganggu ketenteraman dan kenyamanan kehidupan dan kesejahteraan keluarga.

Faktor-faktor yang dapat mengakibatkan keguncangan jiwa dan ketenteraman batin anggota keluarga yang datangnya dari luar keluarga antara lain:

1. Faktor manusia iri hati dan fitnah, ancaman fisik dan pelanggaran norma.
2. Faktor alam: bahaya alam, kerusakan dan berbagai virus penyakit.
3. Faktor ekonomi negara: Pendapatan tiap penduduk atau income rendah, inflasi.

Tahapan Keluarga Sejahtera

1. Tahapan Keluarga Pra Sejahtera (KPS)
Keluarga yang tidak memenuhi satu dari 5 kebutuhan dasar/basic needs secara minimal (sandang, pangan, papan, spiritual, kesehatan dan KB)
2. Tahapan Keluarga Sejahtera I (KS I)
Keluarga mampu memenuhi kebutuhan dasar tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologis/psychological needs keluarga (kebutuhan pendidikan, interaksi lingkungan tempat tinggal dan transportasi).
3. Tahapan Keluarga Sejahtera II (KS II)
Keluarga mampu memenuhi kebutuhan dasar, psikologis, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangan/developmental needs (kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi).
4. Tahapan Keluarga Sejahtera III (KS III)
Keluarga mampu memenuhi seluruh kebutuhan dasar, psikologis dan pengembangan, tetapi belum dapat memberikan sumbangan teratur bagi masyarakat atau kepedulian sosial belum terpenuhi (peran aktif dalam kegiatan di masyarakat).
5. Tahapan Keluarga Sejahtera III Plus (KS III +)
Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar, psikologis dan pengembangan dan telah dapat memberikan sumbangan yang teratur dan berperan aktif dalam kegiatan di masyarakat serta memiliki kepedulian sosial yang tinggi.

1.2 Indikator Keluarga Sejahtera

Enam Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera I (KS I)/Kebutuhan Dasar Keluarga (Basic Needs)

1. Pada umumnya anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
2. Anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah dan bepergian.

3. Rumah yang ditempati keluarga mempunyai atap dan dinding yang baik.
4. Bila ada anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan.
5. Bila pasangan usia subur ber KB pergi ke sarana pelayanan kontrasepsi
6. Semua anak umur 7-15 tahun dalam keluarga bersekolah.

Delapan Indikator Keluarga Sejahtera II/Kebutuhan Psikologis (Psychological Needs)

1. Pada umumnya anggota keluarga melaksanakan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing.
2. Paling kurang sekali seminggu seluruh anggota makan daging/ikan dan telur.
3. Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun.
4. Luas Lantai rumah paling kurang 8m² untuk setiap penghuni rumah.
5. Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas/fungsi masing-masing.
6. Ada seorang atau lebih anggota yang bekerja untuk memperoleh penghasilan.
7. Seluruh anggota keluarga umur 10-60 tahun bisa baca tulis latin.
8. Pasangan usia subur anak dua atau lebih menggunakan alat/ obat kontrasepsi.

Lima Indikator Keluarga Sejahtera III/Kebutuhan Pengembangan (Developmental Needs)

1. Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama.
2. Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang atau barang.
3. Kebiasaan Keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dimanfaatkan untuk berkomunikasi.
4. Keluarga ikut dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal.

5. Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/majalah/radio/TV dan internet.

Dua Indikator Sejahtera III Plus (KS III Plus)/Aktualisasi Diri (Self Esteem)

1. Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial.
2. Ada anggota Keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/institusi masyarakat.

Bab 2

Konsep, Peran, dan Fungsi Keluarga, Perawatan Keluarga

2.1 Pendahuluan

Unit pelayanan kesehatan terdepan dalam peningkatan derajat kesehatan suatu bangsa adalah keluarga. Apabila Setiap keluarga sehat maka dapat terwujud bangsa yang sehat dan kuat demikian pula jika salah satu anggota keluarga mengalami masalah maka akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain, sehingga berdampak pada komunitas dan kemajuan suatu bangsa. Keluarga merupakan sentral bagi pertumbuhan dan perkembangan individu dan merupakan salah satu aspek terpenting dalam keperawatan.

Status kesehatan keluarga berkaitan erat dengan tahap perkembangan keluarga yang mempengaruhi kestabilan suatu komunitas (Allender & Spardley, 2001). Keberadaan keluarga yang dinamis di komunitas memerlukan pengawasan dan fasilitas kesehatan yang baik. Ketidaktahuan, ketidakmampuan dan ketidakmauan keluarga dalam memelihara kesehatan dan melakukan tugas perkembangan mengakibatkan keluarga tidak mampu beradaptasi secara positif untuk mencapai kemandirian (Bailon & Maglaya, 1997).

Konsep Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes, 1988). Berkumpulnya dua individu atau lebih, ada hubungan darah, perkawinan atau adopsi, hidup dalam satu rumah, melakukan interaksi satu sama lain sesuai peran masing-masing, menciptakan dan mempertahankan suatu budaya disebut keluarga (Bailon & Maglaya, 1978).

Menurut Friedman (1998), keluarga adalah bergabungnya dua atau lebih individu karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

BKKBN (1999), keluarga dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, terdiri dari dua orang atau lebih, terpenuhi kebutuhan materiil dan spiritual yang layak, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga, masyarakat dan lingkungan serta bertakwa kepada Tuhan.

Reisner (1980), keluarga yaitu sebuah kelompok terdiri dari dua orang atau lebih, memiliki hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak, kakek dan nenek.

Spredley dan Allen (1996), keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, memiliki ikatan emosional dan mengembangkan interaksi sosial, peran dan tugas.

2.2 Peran Keluarga

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seorang dalam situasi sosial tertentu untuk memenuhi harapan tertentu. Peran keluarga: tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Peran Formal

Peran formal berkaitan dengan posisi formal dalam keluarga, misalnya sebagai pencari nafkah, ibu rumah tangga, pengasuh anak, sopir, tukang perbaikan

rumah, tukang masak, dan lain-lain. Bila anggota keluarga hanya berjumlah sedikit maka untuk memenuhi semua peran tersebut, anggota keluarga berkesempatan memiliki beberapa peran formal pada waktu yang berbeda.

Seiring perkembangan zaman dan emansipasi, saat ini wanita tidak hanya berperan sebagai ibu rumah tangga atau pengasuh anak, melainkan juga bekerja sebagai pencari nafkah.

1. Peran parental dan perkawinan

Enam peran dasar yang membentuk posisi sosial sebagai suami (ayah) dan istri (ibu), yakni peran sebagai provider (penyedia), pengatur rumah tangga, perawat anak, rekreasi, persaudaraan, terapeutik (memenuhi kebutuhan efektif pasangan) seksual

2. Peran seksual perkawinan

Pada masa lalu, suami memiliki hak untuk menentukan kegiatan seksual dengan istrinya dan tidak memiliki kewajiban memberi kepuasan kepada istrinya, namun sekarang istri juga berhak mendapat kepuasan secara seksual sehingga sifat peran seksual bagi keduanya berubah.

3. Peran ikatan keluarga

Wanita berperan sebagai penerus keturunan dan pengikat hubungan keluarga dengan cara memelihara komunikasi dan memelihara perkembangan keluarga. Ketika orang tua sudah tua, mereka akan kembali tinggal dengan anak wanitanya. Situasi ini membuat wanita dihadapkan pada peran untuk memenuhi kebutuhan anak-anaknya sekaligus orang tuanya dalam jangka waktu yang lama.

4. Peran kakek/nenek

Fungsi simbolis kakek/nenek:

- a. semata-mata keluarga hanya hadir dalam keluarga;
- b. bertindak sebagai pengawal keluarga;
- c. sebagai hakim/negosiator antara anak dan orang tua;
- d. sebagai partisipan dalam sejarah.

Peran Informal Keluarga

Bersifat implisit (tertutup), tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional atau menjaga keseimbangan keluarga. Peran informal memiliki tuntutan berbeda, tidak terlalu berdasarkan usia atau jenis kelamin tetapi lebih didasarkan personalitas anggota keluarga.

Peran informal tidak mutlak membuat stabil keluarga, ada yang bersifat adaptif bahkan ada yang dapat merusak kesejahteraan keluarga. Contoh peran informal: peran sebagai pendorong, pengharmonisan, sebagai inisiator, sebagai kontributor, pendamai, penghalang, dominator, menyalahkan, pengikut, pencari pengakuan, matriks, keras hati, bersahabat, kambing hitam keluarga, penghibur, perawat keluarga, pionir keluarga, sebagai pengalih perhatian dan tidak relevan, koordinator keluarga, penghubung keluarga dan saksi.

Tugas keluarga di bidang kesehatan (Friedman, 1998):

1. Mengetahui masalah kesehatan keluarga
Orang tua harus mampu mengetahui kondisi kesehatan dan perubahan status kesehatan seluruh anggota keluarga.
2. Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga
Keluarga harus mampu menentukan untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai keadaan keluarga. dengan pertimbangan siapa pengambil keputusan dalam keluarga. Bila keluarga memiliki keterbatasan maka perlu meminta bantuan kepada tetangga atau petugas kesehatan terdekat.
3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan
Apabila terdapat anggota keluarga yang sakit, perlu dilakukan perawatan yang cepat dan tepat untuk mencegah kondisi yang lebih parah. Perawatan dapat dilakukan di rumah (jika keluarga mampu) atau pelayanan kesehatan.
4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

Tugas keluarga pada bidang kesehatan diatas saling terkait dan harus dilakukan oleh seluruh individu dalam keluarga. Anggota keluarga harus mampu mengidentifikasi sejauh mana keluarga mampu melakukan kelima

tugas tersebut dengan baik. Keluarga yang tidak mampu melakukan tugas tersebut, memerlukan bantuan atau pembinaan dari perawat keluarga.

Tujuh tugas pokok keluarga:

1. pemeliharaan fisik seluruh anggota keluarga;
2. pemeliharaan sumber daya yang ada dalam keluarga;
3. membagi tugas setiap anggota keluarga sesuai kedudukan masing-masing;
4. membina sosialisasi antar anggota keluarga;
5. pengaturan jumlah anggota keluarga;
6. memelihara ketertiban anggota keluarga;
7. memberikan dorongan dan semangat bagi setiap anggota keluarga.

2.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003):

1. Fungsi afektif dan mekanisme koping
Merupakan fungsi utama keluarga yang mengajarkan anggota keluarga untuk mampu berhubungan dengan orang lain beradaptasi secara positif dengan lingkungan sekitar, Fungsi ini berhubungan dengan perkembangan fisik dan sosial setiap individu dalam keluarga, memberikan kenyamanan emosional, membantu membentuk identitas dan mekanisme adaptasi positif saat menghadapi masalah/stres.
2. Fungsi sosialisasi
Mempersiapkan anak bersosialisasi dengan orang lain di luar rumah sebelum meninggalkan rumah. Keluarga berfungsi sebagai guru untuk menanamkan nilai dan sikap, kepercayaan mekanisme koping (adaptasi positif), seperti: memberikan umpan balik / feedback, petunjuk dalam pemecahan masalah dan sosialisasi primer untuk membantu individu produktif di masyarakat, juga sebagai penghargaan bagi anggota keluarga.

3. Fungsi reproduksi untuk mempertahankan generasi, menjaga kelangsungan kehidupan masyarakat (contoh: melahirkan) dan meningkatkan sumber daya manusia. Program keluarga berencana membantu terlaksananya fungsi reproduksi lebih baik. Fenomena saat ini ditemukan banyak kelahiran yang tidak diharapkan (kehamilan tanpa ikatan perkawinan) sehingga terbentuk keluarga baru dengan satu orang tua (single parent).
4. Fungsi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan finansial seluruh anggota keluarga (kebutuhan pangan, sandang, papan dan perawatan kesehatan) dan untuk memenuhi kebutuhan bermasyarakat. Keluarga sebagai wadah mengembangkan kemampuan anggota keluarga untuk meningkatkan pendapatan. Keluarga dengan kondisi ekonomi di bawah garis kemiskinan (keluarga miskin atau keluarga prasejahtera) akan sulit memenuhi fungsi ekonomi.
5. Fungsi perawatan kesehatan bertujuan mempertahankan kesehatan anggota keluarga untuk tetap memiliki produktivitas tinggi, memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan untuk mendukung tumbuh kembang anak, kebutuhan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

Fungsi Keluarga Berhubungan Dengan Struktur (Friedman, Bowden, & Jones, 2003):

1. Struktur legalisasi: masing-masing keluarga mempunyai hak yang sama dalam menyampaikan pendapat (demokrasi).
2. Struktur yang hangat, menerima dan toleransi.
3. Struktur yang terbuka, dan anggota yang terbuka: mendorong kejujuran dan kebenaran (honesty dan authenticity).
3. Struktur yang kaku: suka melawan dan tergantung pada peraturan.
4. Struktur yang bebas: tidak adanya peraturan yang memaksakan (permissiveness).
5. Struktur yang kasar: abuse (menyiksa, kejam, dan kasar).
6. Suasana emosi yang dingin (isolasi, sukar berteman).
7. Disorganisasi keluarga (disfungsi individu, stres emosional).

Fungsi Keluarga (Allender & Spardley, 2001):

1. Affection
 - a. menciptakan suasana persaudaraan/menjaga perasaan;
 - b. mengembangkan kehidupan seksual dan kebutuhan seksual;
 - c. menambah anggota baru.
2. Security and acceptance
 - a. mempertahankan kebutuhan fisik;
 - b. menerima individu sebagai anggota.
3. Identity and satisfaction
 - a. mempertahankan motivasi;
 - b. mengembangkan peran dan self image;
 - c. mengidentifikasi tingkat sosial dan kepuasan aktivitas.
4. Affiliation and companionship
 - a. mengembangkan pola komunikasi;
 - b. mempertahankan hubungan yang harmonis.
5. Socialization
 - a. mengenal kultur (nilai dan perilaku);
 - b. aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal;
 - c. melepas anggota.
6. Controls
 - a. mempertahankan kontrol social;
 - b. adanya pembagian kerja;
 - c. penempatan dan menggunakan sumber daya yang ada.

Fungsi keluarga menurut UU No. 10 Tahun 1992 PP No. 21 Tahun 1994, sebagai berikut:

1. Fungsi keagamaan
 - a. membina norma atau ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga;
 - b. menerjemahkan ajaran atau norma agama ke dalam tingkah laku hidup sehari-hari seluruh anggota keluarga;
 - c. memberikan contoh konkret dalam hidup sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama;

- d. melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang tidak atau kurang diperolehnya di sekolah dan di masyarakat;
 - e. membina rasa, sikap, dan praktik kehidupan keluarga beragama sebagai fondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
2. Fungsi budaya
- a. membina tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan;
 - b. membina tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai;
 - c. membina tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia;
 - d. membina tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berperilaku yang baik (positif) sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi;
 - e. membina budaya keluarga yang sesuai dengan, selaras, dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menunjang terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.
3. Fungsi cinta kasih
- a. menumbuhkan dan mengembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga (suami, istri dan anak) ke dalam simbol-simbol nyata (ucapan, tingkah laku) secara optimal dan terus-menerus;
 - b. membina tingkah laku saling menyayangi baik antar anggota keluarga maupun antar keluarga yang satu dengan yang lainnya secara kuantitatif dan kualitatif;
 - c. membina praktik kecintaan terhadap kehidupan rohani dan duniawi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang;
 - d. membina rasa, sikap, dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju "keluarga kecil bahagia sejahtera".

4. Fungsi perlindungan
 - a. memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik rasa dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga;
 - b. membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar;
 - c. membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
5. Fungsi reproduksi
 - a. membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya;
 - b. memberikan contoh pengalaman kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental;
 - c. mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga;
 - d. mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju "keluarga kecil bahagia sejahtera".
6. Fungsi sosialisasi
 - a. menyadari, merencanakan, dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama;
 - b. menyadari, merencanakan, dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya, baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat;
 - c. membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukannya untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik, dan mental), yang tidak atau kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat;
 - d. membina proses pendidikan dan sosialisasi dalam keluarga sehingga tidak saja dapat bermanfaat positif bagi anak, tetapi

juga bagi orang tua dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju "keluarga kecil bahagia sejahtera".

7. Fungsi ekonomi

- a. melakukan kegiatan ekonomi baik di luar maupun di dalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga;
- b. mengelola ekonomi keluarga sehingga terjalin keserasian, keselarasan, dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga;
- c. mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang;
- d. membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan "keluarga kecil bahagia dan sejahtera".

8. Fungsi pelestarian lingkungan

- a. membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan intern keluarga;
- b. membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan ekstern keluarga;
- c. membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras, dan seimbang antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya;
- d. membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju "keluarga kecil bahagia dan sejahtera" keluarga sebagai sistem.

2.4 Perawatan Keluarga

Empat tingkatan praktik keperawatan keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003):

1. Tingkatan keperawatan keluarga Level I
 - a. Keperawatan keluarga memandang keluarga sebagai klien atau anggota keluarga.
 - b. Asuhan keperawatan berfokus pada individu.
 - c. Keluarga merupakan latar belakang atau fokus sekunder sedangkan individu merupakan sasaran atau fokus primer yang berkaitan dengan pengkajian dan intervensi.
 - d. Perawat melibatkan keluarga sampai tingkatan tertentu.
 - e. Keluarga dipandang sebagai lingkungan sosial yang krusial dari klien, dengan demikian keluarga merupakan sumber dukungan utama.
2. Tingkatan keperawatan keluarga Level II
 - a. Keluarga merupakan kumpulan atau jumlah anggota keluarga secara individu, karena itu perawatan diberikan kepada semua anggota keluarga.
 - b. Masalah kesehatan atau keperawatan yang sama dari setiap anggota keluarga di intervensi bersamaan.
 - c. Masing-masing anggota unit yang terpisah. keluarga dilihat sebagai unit yang terpisah dari unit yang berinteraksi
3. Tingkatan keperawatan keluarga Level III
 - a. Fokus pengkajian dan intervensi keperawatan adalah sub sistem dalam keluarga.
 - b. Keluarga inti, keluarga besar dan sub sistem keluarga lainnya adalah unit analisis dan asuhan.
 - c. Fokus intervensi adalah hubungan ibu dengan anak, hubungan ayah dengan anak, interaksi dalam pernikahan, isu pemberi perawatan, dll.

4. Tingkatan keperawatan keluarga Level IV
 - a. Seluruh anggota keluarga dipandang sebagai klien dan fokus utama dari pengkajian dan perawatan.
 - b. Keluarga merupakan fokus dan individu sebagai latar belakang.
 - 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 sub sistem keluarga dan lingkungan.
 - e. Sistem keperawatan keluarga menggunakan pengkajian klinik lanjut (advanced) dan keterampilan intervensi berdasarkan pada integrasi keperawatan, terapi keluarga dan teori sistem.

Kriteria Keluarga Mandiri

Sebuah keluarga disebut keluarga mandiri jika mengetahui masalah kesehatan yang sedang dihadapi, dengan kriteria sebagai berikut:

1. Keluarga mampu menyebutkan pengertian, tanda serta gejala masalah kesehatan yang sedang terjadi.
2. Keluarga mampu menyebutkan etiologi masalah kesehatan yang sedang terjadi.
3. Keluarga mempunyai persepsi yang positif terhadap masalah yang dihadapi keluarga serta memiliki kemauan dan kemampuan dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah tersebut.
4. Keluarga menyadari adanya masalah kesehatan.
5. Keluarga mampu mengidentifikasi dampak dari masalah kesehatan tersebut.
6. Keluarga mampu membuat keputusan yang tepat untuk menangani masalah kesehatan tersebut.
7. Keluarga dapat menggali, memanfaatkan sumber daya dan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan kesehatan
8. Keluarga terampil melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sedang memiliki masalah kesehatan.
9. Keluarga dapat memodifikasi lingkungan yang mendukung Kesehatan.

Praktik Pelayanan Perawatan Keluarga

Pada praktiknya, sebuah keluarga mampu mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri jika keluarga mampu memodifikasi lingkungan, memfasilitasi pencapaian tugas perkembangan setiap anggota keluarga, mempertahankan struktur dan fungsi keluarga serta memiliki mekanisme koping positif saat timbul stres dalam keluarga.

Karakteristik praktik perawatan keluarga:

1. Ditekankan pada pengenalan dan integrasi konsep keluarga.
2. Mengaplikasikan pada perspektif yang lebih luas seperti yang teridentifikasi dalam pendekatan perawat terhadap asuhan keperawatan keluarga terutama dalam melakukan pengkajian keluarga.
3. Fokus pada interaksi keluarga dan dinamika keluarga.
4. Melibatkan anggota keluarga dalam melaksanakan asuhan, terutama dalam mengambil keputusan untuk tindakan asuhan yang akan dilakukan.

Peningkatan perkembangan keperawatan keluarga berdasarkan beberapa kondisi pada masyarakat (Friedman, Bowden, & Jones, 2003):

1. Peningkatan pengetahuan keluarga dan masyarakat terhadap kebutuhan promosi kesehatan yang tidak hanya secara praktis berorientasi pada penyakit.
2. Peningkatan jumlah populasi lansia dan pertumbuhan penyakit kronik.
3. Berkembangnya kesadaran keluarga dalam memperhatikan perawatan keluarga di komunitas.
4. Menerima teori-teori umum tentang keluarga seperti teori interpersonal tertentu.
5. Terapi keluarga dan perkawinan diwujudkan dalam pedoman klinik dan pelayanan anak, perkawinan dan keluarga.
6. Peningkatan jumlah penelitian berbasis keluarga dan penemuan yang signifikan untuk mendorong perkembangan keperawatan keluarga.

Tingkat pencegahan dalam perawatan keluarga:

1. Pencegahan primer

Pada tingkatan ini melibatkan promosi kesehatan dan tindakan pencegahan spesifik atau tindakan perlindungan kesehatan yang dirancang untuk menjaga setiap individu dalam keluarga bebas dari penyakit atau cedera. Tindakan pencegahan spesifik atau perilaku yang melindungi kesehatan ini disebut tindakan pemeliharaan kesehatan.

2. Pencegahan sekunder

Tingkatan ini terdiri atas deteksi, diagnosis dan terapi.

3. Pencegahan tersier

Pada pencegahan tersier mencakup tahap pemulihan dan rehabilitasi, yang dirancang untuk tujuan meminimalkan disabilitas klien dan memaksimalkan kemampuan atau kapasitas klien.

Peran Keluarga Pada Pencegahan Primer

Keluarga merupakan sumber bantuan paling penting bagi orang dewasa dimana keluarga mampu mengubah gaya hidup anggota keluarganya menjadi lebih berorientasi pada kesejahteraan. Mayoritas individu mendapatkan bantuan dan dukungan lebih besar yang bersumber dari keluarga jika dibandingkan dari sumber lainnya, bahkan lebih dari yang diberikan oleh dokter (Gurin, 1985).

Keluarga juga memiliki peran penting terkait seberapa jauh anggota keluarga terpajan risiko (Campbell, 2000). Keluarga memiliki peran dominan untuk menurunkan atau meningkatkan perilaku berisiko seperti merokok, penggunaan alkohol, penggunaan sabuk pengaman, nutrisi yang baik atau buruk, olah raga, berprestasi, dll.

Dapat disimpulkan bahwa pencegahan primer dalam bentuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit merupakan poin terpenting dalam keperawatan keluarga yang merupakan tugas perawat keluarga. Setiap individu dalam keluarga harus membantu anggota keluarga lainnya untuk secara bersama-sama bertanggung jawab terhadap kesehatan individu dan keluarga serta mengaplikasikan perubahan gaya hidup sehat sejahtera baik ke dalam gaya hidup individu dalam keluarga maupun dalam kehidupan masyarakat.

Keluarga terus menerus secara aktif berperan penting untuk membantu setiap anggota keluarga mempelajari cara-cara baru untuk hidup lebih sehat. Setiap individu dalam keluarga harus mempercayai kemampuan keluarga dalam menyediakan pelayanan kesehatan bagi dirinya sendiri dan bertindak bagi kepentingan setiap anggota keluarga serta memberikan dukungan positif untuk menjadi narasumber dan fasilitator yang lebih efektif bagi keluarga.

Pencegahan primer diartikan sebagai peran yang paling menarik dan vital bagi perawat keluarga. Perawatan primer merupakan sebuah instrumen penting yang lebih menekankan pada pencegahan primer (Donaldson, Yordy, & Vanselow, 1994). Penyedia perawatan primer (perawat praktisi dan perawat berbasis komunitas) pada khususnya berada pada tempat yang tepat untuk memberikan promosi kesehatan kepada keluarga dan perlindungan kesehatan dalam praktik mereka (Broering, 1993).

Nilai positif dari pencegahan primer yaitu penekanan pada peran ini menonjol pada praktik, pendidikan dan penelitian (Venegoni, 1995). Penekanan pada pencegahan primer penting saat bekerja dengan anak-anak usia sekolah dan keluarga muda. Perawatan berbasis lingkungan sekolah memiliki kesempatan yang besar untuk mengajarkan pencegahan primer kepada murid-murid dan keluarganya pada kegiatan tertentu.

Memberikan intervensi pada populasi ini memberikan kesempatan pada perawat yang tidak terbatas hanya untuk membantu mencegah timbulnya perilaku risiko yang merusak kesehatan namun juga mengurangi perilaku yang mengganggu kesehatan yang mungkin belum benar-benar merupakan gaya hidup sehari-hari. Intervensi awal menyediakan kesempatan untuk memperkenalkan, memperkuat, dan membantu pembentukan pola gaya hidup sehat yang diharapkan dapat berlangsung lama.

Peran Keluarga Pada Pencegahan Sekunder

Pada pencegahan sekunder dilibatkan diagnosis dini dan terapi secepatnya, dengan tujuan mendeteksi penyakit dan temuan kasus lebih awal yang merupakan kunci pada pencegahan sekunder. Jika sifat alamiah penyakit menghalangi penyembuhan maka tujuan pencegahan sekunder adalah mengendalikan perburukkan penyakit dan mencegah atau mengurangi gangguan sebagai dampak dari penyakit tersebut. Peranan penting perawat adalah melakukan *screening* awal sehingga pencegahan sekunder dapat segera dilakukan.

Peran Keluarga Pada Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier bertujuan untuk mengurangi meluasnya atau semakin beratnya suatu masalah kesehatan dan melakukan pencegahan untuk meminimalkan masalah kesehatan, mencegah atau menurunkan risiko terjadinya gangguan serta mengembalikan atau memulihkan fungsi dan kesejahteraan keluarga (Allender & Spradley, 2001).

Rehabilitasi merupakan fokus utama pencegahan tersier termasuk juga perawatan untuk pemulihan dan pemeliharaan individu yang mengalami sakit kronik. Rehabilitasi bertujuan memulihkan individu yang mengalami disabilitas sebagai dampak dari penyakit atau cedera hingga mencapai kemampuan berfungsi secara optimal baik fisik, sosial, emosional dan pekerjaan.

Lorraine Wright (1997), tujuan dari kerja klinis perawat keluarga mencakup peredaan atau penyembuhan penderitaan emosional, fisik, atau spiritual sebagai bagian dari pencegahan mendasar untuk belajar hidup dengan kondisi disabilitas permanen. Klien dan keluarga membutuhkan dukungan yang besar dari perawat keluarga dan penyuluhan yang intensif mengenai perawatan mandiri dan perawatan yang bergantung pada orang lain.

Perawat berperan penting dalam pencegahan tersier, terutama dalam hal terjadinya penyakit kronik dan pelayanan kesehatan di rumah untuk klien *disability*. Selain memberikan perawatan langsung, perawat keluarga berperan sangat signifikan sebagai koordinator atau manajer kasus, advokat, pendidik dan konselor bagi klien dan keluarga.

Bab 3

Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

3.1 Peningkatan Kesehatan (Promotif)

Peningkatan kesehatan adalah usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi usaha-usaha penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga secara teratur, istirahat yang cukup dan pendidikan seks sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

Upaya peningkatan kesehatan individu merupakan bagian perawatan kesehatan dari keluarga maupun masyarakat yang dapat diberikan sepanjang daur kehidupan manusia sesuai dengan perkembangan kehidupan. Upaya pelayanan kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat sebagai upaya promotif diberikan melalui kegiatan sebagai berikut:

Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Machfoedz, 2009).

Penyuluhan kesehatan yang diberikan kepada keluarga maupun masyarakat dengan memprioritaskan masalah kesehatan tersebut terlebih dahulu dilakukan melalui langkah-langkah berikut:

1. menetapkan tujuan;
2. menentukan sasaran;
3. menyusun materi / isi penyuluhan;
4. memilih metode yang tepat;
5. menentukan jenis media yang akan digunakan;
6. menentukan kriteria evaluasi.

Pelaksanaan kegiatan penyuluhan kesehatan pada individu dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas, posyandu, keluarga binaan dan masyarakat binaan.

Peningkatan Gizi

Peningkatan mutu gizi perorangan dan masyarakat adalah melalui upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya perbaikan gizi dilakukan pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dengan prioritas kepada kelompok rawan, seperti bayi dan balita, remaja perempuan, ibu hamil dan ibu menyusui.

Peningkatan mutu gizi dilakukan melalui:

1. Perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang.
2. Perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik dan kesehatan.
3. Peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.
4. Peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.
5. Penanganan kekurangan energi protein (KEP), anemia zat besi, gangguan sebagai akibat kekurangan zat yodium dan kekurangan vitamin.

Keluarga sadar gizi adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenal masalah kesehatan dan gizi bagi setiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah – langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh anggota keluarganya.

Upaya perbaikan gizi tiap anggota keluarga dengan perilaku hidup sehat terhadap pemenuhan kebutuhan dan peningkatan mutu gizi perorangan maupun masyarakat.

Ada 3 (tiga) faktor yang mempengaruhi besarnya masalah gizi dan kesehatan masyarakat menurut Depkes RI, 2010 antara lain:

1. Ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga.
2. Pola asuh gizi atau makanan keluarga.
3. Akses terhadap pelayanan kesehatan.

Pendekatan keluarga merupakan pendekatan pelayanan terintegrasi upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang didasari oleh data dan informasi profil kesehatan keluarga melalui kunjungan rumah. Pendekatan keluarga secara berkesinambungan dengan target keluarga diharapkan dapat meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang menyeluruh, sehingga setiap keluarga dapat menerapkan perilaku hidup sehat untuk mencegah terjadinya masalah gizi dan kesehatan dalam keluarga.

Pemeliharaan Kesehatan Perorangan

Kesehatan setiap anggota keluarga saling mempengaruhi satu dengan lain, dalam hal ini pemeliharaan kesehatan kewajiban masing – masing anggota keluarga. Kesehatan individu dapat berguna untuk diri sendiri dan masyarakat. Seseorang yang menderita penyakit akibat kebiasaan hidup yang tidak sehat dapat merugikan diri sendiri, menyusahkan keluarga bahkan masyarakat sekitar.

Kebiasaan hidup sehat dimulai dari rumah terhadap setiap anggota keluarga sejak usia tumbuh kembang hingga dewasa melalui pemeliharaan kebersihan individu sehingga dapat menunjang setiap anggota keluarga dalam melakukan kegiatan dan aktivitas hidup sehari-hari.

Pemeliharaan Kesehatan Lingkungan

Lingkungan yang sehat harus dimulai dari rumah, karena rumah merupakan tempat tinggal, terlindung dari panas, hujan, angin, debu, penyakit dan serangan hewan yang membahayakan bagi anggota keluarga.

Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan manusia itu berada. Hal ini dikarenakan banyak penyakit yang bersumber dari buruknya kualitas sanitasi lingkungan, misalnya ketersediaan

air bersih pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan dasar manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari.

Pada lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian. Semakin miskin individu/ keluarga atau masyarakat maka akses untuk mendapatkan tingkat kesehatan yang optimal akan semakin sulit, misalnya manusia membutuhkan makanan dengan gizi seimbang untuk kelangsungan hidup, jika individu, keluarga atau masyarakat berada pada garis kemiskinan maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi seimbang.

Demikian juga dengan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik.

Cara-cara memelihara kebersihan lingkungan:

1. Sampah sebaiknya dibuang ke tempat sampah/ tong sampah.
2. Membersihkan selokan dari sampah – sampah.
3. Melakukan kegiatan kerja bakti.
4. Menyediakan tempat sampah / tong sampah yang mencakup sampah organik dan non organik.
5. Tanam tanaman udara tetap segar dan bersih.

Menurut Soekidjo Notoatmodjo bahwa Kesehatan lingkungan mencakup perumahan, pembuangan kotoran manusia (tinja), penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor (air limbah).

Olah Raga Secara Teratur

Kebugaran jasmani dilakukan melalui olahraga secara teratur dengan memperhatikan jenis aktivitas dan usia. Setiap orang dewasa perlu meningkatkan aktivitas fisiknya sekitar 30 menit setiap harinya agar menurunkan risiko terkena penyakit tidak menular, misalnya hipertensi, diabetes melitus dan kanker.

Sedangkan bagi kelompok anak – anak aktivitas fisik yang dianjurkan adalah selama 60 menit setiap hari. Pada masa proses pertumbuhan dan perkembangan anak penulangan yang akan semakin baik dengan melakukan aktivitas fisik sehingga anak-anak lebih banyak membutuhkan waktu beraktivitas secara fisik.

Istirahat Yang Cukup

Istirahat berarti berhenti sebentar untuk melepaskan lelah, bersantai untuk menyegarkan diri atau melepaskan diri dari segala hal yang membosankan, menyulitkan bahkan menjengkelkan (Hidayat, 2008). Istirahat yang cukup akan mempengaruhi pada kualitas hidup, oleh karena itu istirahat sangat penting bagi kesehatan. Terkadang istirahat sering dikesampingkan karena tingginya beban hidup, lebih banyak waktu digunakan mencari nafkah dibanding dengan istirahat. Sementara istirahat yang benar akan membawa pengaruh baik untuk pemulihan kesehatan dan memberi kekuatan.

Kebutuhan istirahat tidur bagi orang dewasa sekitar 7-8 jam per hari. Waktu tidur terbaik disarankan pada malam hari antara pukul 09.00 malam sampai 04.00 pagi. Kurang istirahat tidur akan mempengaruhi pada sistem keseimbangan tubuh yang berakibat pada gangguan kesehatan, misalnya penyakit kanker, jantung, stroke dan lain-lain.

Pendidikan Seks

Pendidikan seks adalah salah satu bentuk pengenalan fungsi seks dan organ seksual untuk menjamin kesehatan dan fungsi seks yang normal. Upaya pengajaran, pengenalan dan penyadaran yang benar mengenai masalah-masalah seksual dengan seks, naluri, dan perkawinan yang diberikan sejak dini. Pemberian pendidikan seks berarti menghindarkan anak terhadap berbagai risiko negatif perilaku seksual, seperti kehamilan di luar nikah, pelecehan seksual dan penyakit menular seksual.

Pengenalan lebih awal pendidikan seks terhadap anak dengan membangun komunikasi dengan anak, penuh perhatian dan menghargai pendapat walaupun mungkin tidak setuju. Ajarkan anak untuk berani dan bangun kepercayaan diri anak untuk menolak dan lari jika ada orang yang menyentuh bagian tubuh anak.

3.2 Pencegahan Penyakit (Preventif)

Pencegahan penyakit adalah usaha yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha-usaha pemberian imunisasi pada bayi, anak dan ibu hamil, pemeriksaan kesehatan secara berkala, untuk mendeteksi penyakit secara dini. Pencegahan terjadinya penyakit dan gangguan terhadap kesehatan

individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dilakukan melalui kegiatan sebagai berikut:

Pemberian Imunisasi Pada Bayi, Anak, dan Ibu Hamil

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan /meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit, atau hanya mengalami sakit ringan. Imunitas ibu merupakan pertahanan awal bagi bayi guna melindungi tubuhnya dari paparan penyakit yang membahayakan.

Pemberian imunisasi pada anak disesuaikan dengan usia anak. Untuk imunisasi dasar lengkap, bayi berusia kurang dari 24 jam diberikan imunisasi Hepatitis B (HB-0), usia 1 bulan diberikan (BCG dan Polio 1), usia 2 bulan diberikan (DPT-HB-Hib1 dan Polio 2), usia 3 bulan diberikan (DPT-HB-Hib2 dan Polio 3), usia 4 bulan diberikan (DPT-HB-Hib3, polio 4 dan Polio suntik), dan usia 9 bulan diberikan (Campak atau MR).

Pemeriksaan Kesehatan Secara Berkala

Pemeriksaan kesehatan secara berkala bagi anggota keluarga dapat dilakukan melalui kegiatan yang diadakan di pos pelayanan terpadu, puskesmas maupun kunjungan rumah. Pepatah lama mengatakan lebih baik mencegah daripada mengobati bertujuan mencegah masalah atau gangguan kesehatan terutama masalah-masalah kesehatan dan penyakit yang berkaitan dengan produktivitas.

Sumber penyakit dan gangguan kesehatan selalu ada dilingkungan sekitar yang dapat mempengaruhi produktivitas individu. Dengan pemeriksaan berkala yang baik, kejadian penyakit dapat diminimalkan dan produktivitas perorangan dan masyarakat tercapai.

Mendeteksi Penyakit Secara Dini

Mendeteksi penyakit secara dini merupakan upaya untuk membantu menekan angka kesakitan maupun angka kematian baik secara individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Semakin cepat ditemukan maka semakin cepat dalam mendapatkan pertolongan secara tepat. Untuk deteksi dini pada anak dapat dilakukan dengan cara pemantauan terhadap pertumbuhan dan perkembangannya baik oleh keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

Kegiatan ini termasuk pemberian vitamin A dosis tinggi dan yodium sebagai bagian dari pelayanan kesehatan di pos pelayanan terpadu, puskesmas maupun petugas kesehatan saat melakukan kunjungan di rumah.

Pemeriksaan dan Pemeliharaan Kehamilan, Masa Nifas dan Masa Menyusui

Melalui upaya pemeriksaan dan pemeliharaan terhadap kesehatan ibu hamil, bersalin, masa nifas dan masa menyusui dapat menekan angka kematian ibu dan anak. Perhatian dan perlakuan khusus melalui pembinaan dan mengarahkan agar bersedia dan mampu mengenali masalah (deteksi dini) risiko tinggi ibu hamil, bersalin, masa nifas dan masa menyusui sehingga individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat dapat mengetahui secara tepat dan cepat apa yang harus diperbuat.

Pemeliharaan dan Pengobatan (Curative)

Pengobatan adalah usaha yang ditujukan terhadap orang sakit untuk dapat diobati secara tepat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya. Untuk merawat dan mengobati anggota keluarga, kelompok dan masyarakat yang mengalami penyakit ataupun masalah kesehatan, diberikan kegiatan sebagai berikut:

1. Perawatan orang sakit di rumah (Home Nursing)

Perawatan anggota keluarga yang mengalami sakit penyakit di rumah tanggung jawab anggota keluarga yang sehat sehingga perlu dukungan baik secara fisik maupun psikis. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, jika salah seorang anggota keluarga menderita penyakit maka akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga tersebut. Termasuk peran dari anggota keluarga akan mengalami perubahan.

2. Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas dan rumah sakit (Continue Nursing)

Tindak lanjut perawatan di rumah bagi anggota keluarga yang sudah mendapat perawatan sebelumnya dari Puskesmas maupun rumah sakit masih mendapat perhatian penting bagi pemulihan kesehatan. Keluarga sebagai suatu kelompok yang dapat memberikan suatu pelayanan kesehatan secara komprehensif yang diberikan kepada klien individu atau keluarga di tempat tinggal mereka di rumah, bertujuan untuk memandirikan klien dalam pemeliharaan kesehatan, peningkatan derajat kesehatan, upaya pencegahan penyakit, dan risiko ke kambuhan serta rehabilitasi kesehatan.

3. Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis di rumah, ibu bersalin dan ibu nifas

Perawatan ibu hamil melalui pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada ibu hamil secara optimal, hingga mampu menghadapi masa persalinan, nifas, menghadapi persiapan pemberian ASI eksklusif, serta pemulihan kesehatan alat reproduksi dengan wajar. Kondisi patologis yang dialami ibu hamil dapat mengganggu perkembangan janin dalam kandungan dan gangguan kesehatan ibu baik secara fisik maupun psikis. Oleh karena itu dilakukan upaya pendekatan *continuum of care* yang dimulai sejak masa sebelum hamil, hamil, bersalin dan nifas. Apabila ditemukan gangguan pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas, maka perlu dirujuk dan mendapatkan penanganan tepat waktu.

4. Perawatan payudara (Breast care)

Perawatan payudara sangatlah penting dilakukan selama hamil sampai masa menyusui. Hal ini karena payudara merupakan satu-satunya penghasil ASI yang merupakan makanan pokok bagi bayi yang baru lahir, sehingga perawatan payudara harus dilakukan dini mungkin. Perawatan payudara bertujuan memperbaiki sirkulasi darah, menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan puting susu agar terhindar dari infeksi, menguatkan alat payudara, memperbaiki bentuk puting susu payudara sehingga bayi menyusui dengan baik. Perawatan payudara atau *breast care* dilakukan agar dapat meningkatkan produksi ASI pada ibu menyusui, juga dapat memelihara kebersihan payudara agar terhindar dari infeksi serta mencegah terjadinya pembengkakan pada payudara.

5. Perawatan tali pusat bayi baru lahir (Umbilical cord care)

Perawatan tali pusat merupakan pengobatan dan pengikatan tali pusat yang menyebabkan pemisahan fisik terakhir antara ibu dan bayi, kemudian tali pusat dirawat dalam keadaan steril, bersih agar terhindar dari infeksi, mempercepat proses pengeringan tali pusat dan dapat mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir. Perhatian dan dukungan keluarga terhadap ibu sebagai orang yang berperan penting

terutama dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan merawat tali pusat bayi baru lahir setiap hari hingga tali pusat tersebut pupus dan mengering.

3.3 Pemulihan Kesehatan (Rehabilitatif)

Usaha yang ditujukan terhadap anggota keluarga yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya. Upaya pemulihan bagi penderita yang dirawat di rumah maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang mengalami penyakit yang sama, misalnya TBC, penyakit kusta, cacat fisik dan lain-lain, dapat diberikan kegiatan melalui:

1. Latihan fisik, baik yang mengalami gangguan kesehatan fisik seperti penderita kusta, patah tulang maupun kelainan bawaan.
2. Latihan latihan fisik tertentu bagi penderita penyakit tertentu, seperti TBC dapat diberikan latihan nafas dan latihan batuk, penderita stroke dapat diberikan fisioterapi secara manual yang mungkin dilakukan oleh perawat atau anggota keluarga yang sudah terlatih.

Upaya pemulihan kesehatan berperan penting dalam mempertahankan dan meningkatkan sirkulasi darah dan menjaga luas gerak persendian dan sebagainya sehingga terhindar dari kecacatan fisik yang permanen.

Resosialisasi

Upaya mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga dan kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat, diantaranya kelompok – kelompok yang diasingkan oleh masyarakat yang disebabkan oleh suatu penyakit tertentu, misalnya penderita AIDS, kusta atau kelompok masyarakat khusus seperti wanita tuna susila (WTS), tuna wisma dan lain-lain.

Di samping itu, upaya ini juga mampu memastikan masyarakat sehingga masyarakat dapat menerima kembali individu, keluarga ataupun kelompok - kelompok yang mempunyai masalah kesehatan tersebut dan menjelaskan secara benar masalah kesehatan yang mereka alami. Tentunya hal ini sangat membutuhkan penjelasan dengan pengertian atau batasan - batasan yang jelas dan mudah dipahami dan dimengerti.

Bab 4

Pengaruh Sosiokultural Pada Kesehatan

4.1 Pendahuluan

Sosiokultural merupakan suatu aspek elemen kehidupan yang menghubungkan antara manusia sebagai masyarakat dengan faktor-faktor terkait sosial budaya yang ada di tempat tinggalnya. Tak pelak, faktor sosial budaya berperan penting dalam mewujudkan derajat atau tingkat kesehatan bagi masyarakat melalui keberadaannya dalam proses penanaman atau internalisasi nilai, norma, dan pengetahuan yang menentukan pemikiran, sikap, dan perilaku kesehatan masyarakat itu sendiri.

Dengan itu, pengaruh sosial budaya dapat membentuk kebiasaan dan respons terhadap kesehatan dan penyakit dalam segala masyarakat tanpa memandang tingkatannya. Karena itulah, penting bagi tenaga kesehatan untuk tidak hanya sekedar mempromosikan kesehatan, tapi juga mengerti tentang pola pikir, sikap, dan perilaku masyarakat yang kadang bertolak belakang dengan nilai, norma, dan pengetahuan kesehatan berbasis ilmu pengetahuan kesehatan Barat yang diadopsi oleh sistem kesehatan nasional.

Mengingat, bukan tidak mungkin upaya promosi kesehatan di Indonesia mendapatkan tentangan dari kalangan masyarakat itu sendiri., terutama yang

bersumber dari sikap, perilaku, hingga pengetahuan berbasis sosial budaya yang kontraproduktif bagi upaya mengembangkan budaya sehat di masyarakat.

Oleh karena itu, tulisan singkat ini akan berupaya mengelaborasi tentang hal-hal penting terkait dengan pengaruh sosial budaya dalam masyarakat terhadap kesehatan. Dimulai dengan penjabaran konsep mengenai pengaruh sosiokultural terhadap kesehatan, uraian penulis akan dilanjutkan dengan persoalan-persoalan terkait upaya kesehatan di Indonesia yang berkaitan dengan pengaruh sosio kultural serta- yang tak kalah penting tentang strategi membangun kemitraan dalam upaya promosi kesehatan yang mungkin dapat menyelesaikannya.

4.2 Keterkaitan Sosiokultural Dalam Sistem Kesehatan Di Indonesia

Mengikuti definisi yang diberikan Edgar Schein (Dalam Gibson, et.al. 2009: 30), budaya atau kultur merupakan asumsi-asumsi dasar yang ditemukan, diketahui, atau dikembangkan oleh sebuah kelompok untuk melakukan penyesuaian dengan masalah-masalah yang ditemui serta meningkatkan integrasi diantara kelompok yang telah dianggap baik.

Oleh karena itu, budaya menjadi sesuatu yang diajarkan kepada anggota-anggota baru sebagai cara yang benar untuk memahami, memikirkan. dan merasakan, dalam kaitannya dengan masalah-masalah yang dihadapi. Lalu dalam pandangan yang hampir sama, Geertz (1973:89) pernah menjelaskan bahwa kebudayaan adalah modal dasar masyarakat untuk mengantisipasi dan mengadaptasi kebutuhan, tak terkecuali kebutuhan akan kesehatan.

Dengan demikian, selain menggambarkan nilai-nilai, kepercayaan, norma-norma yang memandu perilaku dalam suatu masyarakat; A.A. Loedin (1982:10) pun kemudian menjelaskan, bahwa terkait dengan pengaruh sosiokultural terhadap kesehatan, sejatinya ilmu pengetahuan dan teknologi memegang peranan yang penting.

Jika diperhatikan lebih lanjut, A.A. Loedin (Ibid) menjelaskan beberapa tahapan konsepsi masyarakat mengenai sehat sakit, pengobatan, dan penyembuhannya berdasarkan faktor sosiokultural, yakni:

1. Tahap Mistik-religious.
2. Tahap Kedokteran.
3. Tahap Kesehatan.

Pada tahap mistik religius, masyarakat memandang penyakit sebagai sesuatu yang disebabkan oleh dunia luar "supernatural". Seperti kemasukan jin dan setan serta teguran arwah leluhur, kutukan Tuhan atau Dewa terinspirasi pelbagai ajaran agama. Penyembuhannya juga lewat pengusiran atau bujukan kepada kekuatan supernatural tersebut keluar dari penderita.

Sementara itu pada tahap kedokteran, masyarakat telah memahami bahwa penyakit bukan dari dunia luar, tetapi dari sesuatu di dunia nyata ini "microcosmos" atau "natural" masuk ke tubuh manusia. Sehingga, pada tahap yang menurut Loedin (ibid) dimulai pada era 1850-an ini, masyarakat telah mempergunakan ilmu kedokteran untuk memahami kondisi sehat-sakit seseorang dengan menitikberatkan pada hasil laboratorium dan path mikrobiologi.

Pada tahap ketiga atau kesehatan, masyarakat telah mengkaji kembali kebenaran konsep sehat sakit yang dihasilkan pada tahap sebelumnya. Pada titik yang dimulai sejak permulaan abad ke-20 sampai sekarang ini, ilmu kedokteran telah menganalisis faktor-faktor kesehatan secara lebih holistik dengan menyertakan hal-hal yang menyebabkan penyakit dan seluruh unsur yang menjadi mata rantainya.

Pada titik ini, kesehatan sudah disadari manusia berasal dari masyarakat dan lingkungan ekologi yang sehat. Sebaliknya, kondisi penyakit yang dialami oleh seseorang tidak bisa dilepaskan dari masyarakat dan alam sekitar yang sakit. Konsep-konsep seperti epidemi, prevalensi, endemi, dan pandemi merupakan konsep-konsep yang hadir pada tahap ini dengan menautkan pula unsur-unsur seperti perilaku masyarakat, perubahan musim, memburuknya kondisi lingkungan dan lain sebagainya.

Sejak tahap ketiga tersebut, kesehatan dan ilmu kesehatan tampak dilihat sebagai bagian dari proses pembangunan manusia. Kesehatan dalam hal ini dianggap sebagai satu unsur yang tidak dapat dilepaskan dari kenikmatan hidup sosial ekonomi. Dengan itu, seluruh upaya meningkatkan dan menjamin kesehatan pada titik ini merupakan bagian dari satu kesatuan sistem masyarakat dan lingkungannya secara struktural dan fungsional (sistemik) serta menyeluruh (holistik) (Loedin, 1982:11; Foster, 1986: 45).

Dengan itu, dapat disampaikan lebih jauh bahwasanya lingkungan sosial budaya tidak saja mempengaruhi status kesehatan seseorang, tetapi juga mempengaruhi perilaku kesehatannya. Ini karena manusia adalah makhluk sosial. Manusia pada intinya selalu membutuhkan pertolongan orang lain dalam kehidupannya.

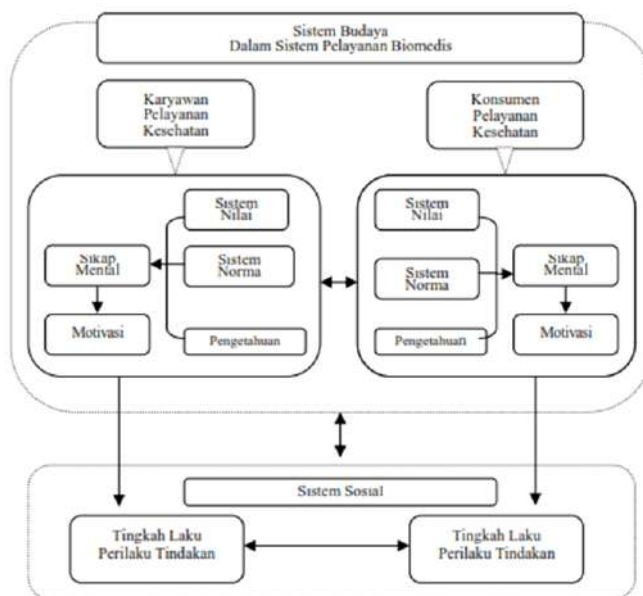
Maka dengan memperhatikan sejumlah karakteristik aspek sosial yang melingkupi kehidupan manusia, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang, antara lain jenis kelamin, umur, pekerjaan, dan status sosial ekonomi. Untuk hal jenis kelamin dan umur, hal tersebut mungkin dapat diketahui dengan mudah melalui contoh penyakit kanker prostat dan kanker serviks yang masing-masing hanya ada pada jenis kelamin laki-laki dan perempuan maupun perbedaan jenis penyakit yang diderita oleh balita maupun lansia jika berdasarkan kategorisasi umur.

Namun demikian, faktor pekerjaan dan status ekonomi sebagai aspek sosial kehidupan manusia juga dapat mempengaruhi pola penyakit yang diderita manusia. Sebagai contoh dari segi pekerjaan, seorang petani yang biasa bekerja di sawah cenderung mudah menderita yang disebabkan oleh cacing akibat interaksi dirinya langsung pada tanah dan lumpur sebagai habitat cacing.

Sementara itu, seorang buruh yang bekerja di kawasan industri akan cenderung lebih banyak menderita penyakit saluran pernapasan akibat paparan debu atau polusi yang sering ditemuinya. Terakhir terkait keadaan sosial ekonomi, hal tersebut dapat diketahui dengan mudah melalui keberadaan gejala obesitas pada golongan masyarakat berstatus ekonomi tinggi dan gangguan malnutrisi di banyak masyarakat dengan status ekonomi rendah.

Selanjutnya, bagaimana kesehatan dalam kerangka kebudayaan di Indonesia? Seperti halnya yang ditulis dalam Visi Indonesia Sehat 2045, dinyatakan bahwa pembangunan kesehatan yang diharapkan hadir di Indonesia adalah pada terciptanya lingkungan strategis yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Jika dipahami lebih dalam, penekanan khusus pada aspek sosio kultural masyarakat dalam upaya pembangunan kesehatan tersebut adalah untuk menciptakan nilai dan norma yang mengatur perilaku masyarakat agar dapat secara sadar dan mandiri (proaktif) untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi dalam gerakan kesehatan masyarakat (safe community).



Gambar 4.1: Sistem Sosiokultural Pelayanan Kesehatan (Koentjaraningrat, 1982)

Jika berkaca pada hasil penelusuran Koentjaraningrat (1982) tentang sistem sosial budaya Indonesia dalam pelayanan biomedis (bagan 1) di atas, akan dapat dipahami bahwasanya nilai dan norma kebudayaan dalam sistem kesehatan, baik dalam hal biomedis (modern) yang diselenggarakan oleh pelaksana pelayanan kesehatan maupun masyarakat sebagai konsumen mempunyai keterkaitan erat yang saling mempengaruhi satu sama lain.

Di dalam bagan tersebut, terlihat betul bahwa konsepsi sistem kesehatan yang hadir dalam sebuah masyarakat amat dipengaruhi oleh dinamika interaksi

diantara perilaku pelayan kesehatan dengan masyarakat yang memiliki nilai, norma, dan pengetahuan berbasis budaya serta peradaban yang berbeda-beda.

Sementara itu mengacu pada hasil penelitian Saparinah Sadli (1977: 29), dapat diketahui bahwasanya perilaku kesehatan masyarakat Indonesia akan selalu dapat dikaitkan dengan jaringan norma yang berlaku dalam dirinya pada empat tingkatan yakni:

1. lingkungan diri sendiri;
2. keluarga;
3. peer group (kalangan terbatas), dan;
4. lingkungan umum.

Itu sebab, untuk mendapatkan upaya pembangunan yang lebih efektif di Indonesia, pendekatan yang dilakukan harus juga menysasar pada keberadaan keempat lingkungan tersebut yang tidak terbatas pada individu (Sadli, *ibid*). Lalu dalam pandangan yang sedikit berbeda, Sinaulan (2012) menjelaskan bahwasanya jika dikaitkan dengan beberapa hal terkait dengan sifat/karakteristik masyarakat Indonesia, terdapat beberapa dimensi dalam faktor sosiokultural yang mempengaruhi upaya pembangunan kesehatan masyarakat, yakni: pertama, dimensi kepastian. Dimensi ini menunjukkan keberadaan pandangan masyarakat tentang masa depan kesehatannya. Pada sebuah masyarakat yang memiliki tingkat yang tinggi pada dimensi ini, biasanya lebih mudah menerima hal-hal baru dari tenaga kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan hidupnya di masa datang.

Sementara itu, pada masyarakat yang merasa tidak memerlukan jaminan kepastian kesehatan di masa datang (*uncertainty avoidance*-nya tinggi), akan cenderung sulit memahami dan menerima makna dari promosi kesehatan. Mereka biasanya lebih bersikap pasrah karena menilai kesehatan sebagai bagian dari hal-hal bersifat *supranatural*.

Kedua, dimensi gender (*masculinity/femininity*). Dimensi ini menentukan tingkat nilai-nilai hubungan dan kualitas hidup bersama sehingga akan memberi pengaruh atas makna dari implementasi promosi kesehatan. Dalam hal ini, masalah diskriminasi gender juga penting untuk diperhatikan. Sebagaimana terkuak dalam banyak temuan-temuan penelitian (Luthans, 2008: 432), ditemui bahwa semakin tingginya gender egalitarianisme dalam sebuah masyarakat akan memberi dampak positif terhadap pemahaman dan adopsi implementasi pembangunan kesehatan di Indonesia.

Ketiga, dimensi kolektivitas (collectivism). Kolektivitas (collectivism) dalam hal ini mengacu pada keberadaan organisasi dan atau institusi kemasyarakatan yang memberikan dukungan dan penghargaan kepada distribusi sumber daya dan tindakan-tindakan kolektif masyarakat di bidang kesehatan. Sebagaimana terlihat dalam penelusuran Sinaulan (opcit), diketahui bahwa masyarakat Indonesia cenderung lebih menerima segala hal baru terkait kesehatan yang diberikan oleh pemerintah atau tenaga kesehatan bilamana datang atau disebarluaskan melalui institusi-institusi sosial budaya di masyarakat yang berpengaruh dengan menyertakan elemen-elemen kebanggaan, loyalitas dan kepaduan sosiokultural masyarakat mereka.

4.3 Beberapa Masalah Sosiokultural Dalam Upaya Kesehatan di Indonesia

Dari beberapa hasil penelitian yang dirangkum penulis (Soekidjo Notoatmodjo, 2012; Sinaulan, 2012; dan Nugraheni, Wiyatini, dan Wiradona, 2018) ada setidaknya dua hal utama terkait masalah sosiokultural yang perlu diperhatikan dalam rangka upaya kesehatan di Indonesia. Pertama, terkait jenis pengobatan tradisional. Sebagai negara yang memiliki latar belakang budaya etnik yang beragam, Indonesia memiliki masyarakat dengan keanekaragaman dalam hal pengobatan dan penyembuhan.

Meski lahir dari perspektif pengetahuan yang berbeda dengan ilmu pengetahuan barat, pengobatan dan penyembuhan yang bersumber dari kebudayaan masyarakat setempat tersebut perlu didayagunakan. Dalam hal ini, memang ada jenis pengobatan dan penyembuhan lokal tersebut yang tidak mendapatkan bukti kemanfaatannya ketika diuji lebih lanjut dalam laboratorium tentang bakteri, mikrobiologi, kimiawi, rontgen, radiologi, dan lain sebagainya.

Namun demikian, bukan berarti hal tersebut menutup fakta dari keberadaan model-model pengobatan tradisional yang justru mendapatkan pengakuan saintis dari dokter dan para medis lain seperti halnya jamu, herbal, pijat-urut, dan berbagai macam metode penyembuhan lain.

Selain itu, di dalam paradigma sistem kesehatan yang dipergunakan di Indonesia saat ini, dikenal satu sistem pengobatan sendiri atau keluarga (self

atau home treatment) yang banyak didasari oleh pengetahuan tentang khasiat dan cara penggunaan sesuatu yang dianggap obat oleh masyarakat berdasarkan informasi dari orang tua-tua sebelumnya secara turun-temurun atau dari mulut ke mulut kerabat maupun tetangganya.

Mengacu pada temuan Suparlan (1991), sebetulnya model pengobatan yang berbasis pada pengetahuan yang bersifat turun temurun itu memiliki persoalan. Mengingat sistem pengetahuan dari pelayanan kesehatan secara tradisional banyak yang bersifat lisan, maka terkadang masyarakat mengalami kesulitan sendiri untuk mengerti dan membekukannya.

Peralihan satu metode pengobatan tradisional dari satu angkatan yang tua ke berikutnya secara diam-diam (esoteris) ini biasanya menimbulkan tiga persoalan utama, yakni:

1. Perbedaan dalam proses sosialisasi dan profesionalisasi yang menyebabkan munculnya beragam persepsi di masyarakat terhadap sesuatu objek sehat/sakit yang sama.
2. Suasana saling mengecilkan diantara masyarakat yang memiliki konsep pengobatan/penyembuhan yang berbeda.
3. Kurangnya kemauan dari para pelaku medis tradisional maupun masyarakat untuk mengembangkan metode pengobatan tradisional tersebut dengan ilmu pengetahuan yang berkembang di masyarakat.

Oleh karena itu, dengan adanya pengakuan terhadap sistem pengobatan yang berbasis pada kebudayaan masyarakat seperti itu, jenis pengobatan dan penyembuhan yang bersumber dari religiusitas maupun kebudayaan masyarakat tidak boleh dipandang mengganggu upaya kesehatan di Indonesia. Model penyembuhan atau pengobatan yang dilabeli sebagai 'medis tradisional' ini harus dipandang sebagai satu kesatuan dalam sistem kesehatan modern yang saling menopang.

Mengingat, selain sama-sama hidup di dalam keseharian masyarakat kita, keduanya memerlukan upaya integrasi, terpadu, penyandingan, koordinasi serta legalisasi sepanjang memang masyarakat merasakan sendiri dampak atau manfaat dari penggunaan kedua metode medis tersebut (modern dan tradisional).

Namun demikian sebelum dilakukan upaya integrasi tersebut, ada baiknya dilakukan pemetaan terlebih dahulu tentang keberadaan sistem pengobatan

tradisional yang ada di seluruh Indonesia. Mengingat sampai saat ini, Indonesia belum memiliki peta data yang menggambarkan secara rinci bentuk-bentuk pengobatan alternatif tradisional. Ini sungguh penting sebagai dasar menentukan kategorisasi, acuan, prosedur atau proses yang serasi. Tidak tumpang tindih dengan biomedis dalam bentuk inkorporasi, integrasi, adopsi atau legalisasi atau apapun strategi yang disepakati (Boedhihartono, 1989:21).

Kedua, terkait pendekatan multidisipliner dalam pendekatan kesehatan modern. Perkembangan visi, misi, tujuan, strategi dan program kesehatan pada visi Indonesia Sehat 2045 mengalami pergeseran dari yang sebelumnya berorientasi pada penyakit "Diseases", kepada orientasi kesehatan yang arah pembinaannya menjadi lebih luas "fitness to wellness".

Seperti dijelaskan lebih lanjut dalam dokumen tersebut, pembangunan kesehatan Indonesia lebih mengarah kepada lingkungan yang di dalamnya mencakup kawasan *eco-socio-religio-cultural* masyarakat. Dengan demikian, konsep kesehatan bukan lagi menjadi milik rumpun ilmu kesehatan per-se melainkan harus selalu diserasikan dengan konsep lingkungan sosial-agama-budaya lokal. Pada titik ini, lingkungan atau faktor sosiokultural tersebut harus dianggap sebagai modal dasar masyarakat atau "social capital".

Dalam paradigma berpikir yang demikian, masalah kesehatan tidak ditangani dokter, paramedis, apoteker, analis, perawat, bidan, ahli kesehatan masyarakat semata, tetapi bekerja sama dengan para pemangku kebijakan (pemerintah atau negara), para tokoh-tokoh di masyarakat, serta juga para ahli ilmu sosial budaya dan agama "medico team worker". Baik itu ahli ekonomi, geologi, teknologi, hukum, sosiologi, bahasa, agama, dan antropologi serta disiplin terkait lainnya. Bagaimana cara, pendekatan, model, dan penataan kerja sama di antara tenaga-tenaga ahli di bidang masing-masing sampai terintegrasi merupakan masalah yang membutuhkan pemecahan serius. Termasuk pemecahan kendala koordinasi struktur dan fungsional serta jangkauan teritorialnya.

Namun demikian, jika berkaca pada hasil-hasil penelitian yang diperoleh Litbangkes Depkes (2010), program kesehatan yang dimunculkan oleh Kementerian Kesehatan masih lebih mengarah pada kepentingan pengembangan ilmu dan penerapan biomedis ansich yang jauh hubungan dengan faktor sosial budaya. Banyak masalah kesehatan tidak dapat dipecahkan oleh ilmu kedokteran melalui pendekatan teknis biomedis semata.

Akan tetapi memerlukan sinergi dan kolaborasi dengan berbagai disiplin sosial budaya.

Selain itu, masih banyak institusi pendidikan kesehatan di Indonesia yang sayangnya masih belum banyak mengembangkan pendekatan kesehatan yang berbasis multidisipliner ini. Seperti misal yang ditemui dalam hasil temuan Tumangor (2010: 247), kita dapat mengetahui bahwa lembaga pendidikan kesehatan di Indonesia masih terlihat – antara lain:

1. Belum secara maksimal mensosialisasikan konsep-konsep kesehatan baru berbasis eco-socio-religio-cultural dalam pembangunan kesehatan dibanding dengan mempertahankan pendekatan-pendekatan yang berbasis klinik.
2. Pengembangan pendidikan kesehatan di Indonesia masih sedikit sekali yang berorientasi pada kesehatan prima dengan menggunakan pendekatan inter- atau multidisipliner. Hampir semuanya masih didominasi atas pendekatan monodisipliner. Hal ini terbawa oleh dokter-dokter atau paramedis sebagai alumni yang berpraktik di institusi-institusi kesehatan, baik di Pemerintahan maupun Swasta.

4.4 Membangun Kemitraan Dalam Promosi Kesehatan: Solusi Persoalan Sosiokultural Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan upaya gabungan pendidikan kesehatan dengan organisasi, ekonomi, serta dukungan lingkungan yang ada di masyarakat untuk menciptakan perilaku individu dan kelompok yang kondusif bagi kesehatan. Dalam definisi tersebut, promosi kesehatan dapat pula dianggap sebagai sebuah ilmu atau kebijakan yang membantu merubah perilaku masyarakat untuk mendapatkan derajat kesehatan yang maksimal.

Mengacu pada definisi promosi kesehatan yang diberikan oleh *World Health Organization* (WHO), membangun kemitraan ditempatkan sebagai prinsip pamungkas bersama dengan perubahan perilaku, perubahan sosial, pengembangan kebijakan, pemberdayaan, dan partisipasi masyarakat.

Telah disebutkan diatas bahwa dengan memandang kompleksnya pengaruh sosiokultural terhadap kesehatan, maka upaya promosi kesehatan tidak dapat mungkin berjalan sendiri tanpa melibatkan sikap, pandangan, serta komitmen dari berbagai pihak untuk melaksanakan program-programnya.

Tujuannya jelas, bahwa selain untuk membuat upaya promosi kesehatan lebih efektif dan tersebar luas, pembangunan kemitraan juga diperlukan untuk memperoleh dukungan sumber daya (manpower, money, material) bagi terwujudnya seluruh kebutuhan fasilitas yang diperlukan guna mewujudkan perilaku hidup sehat masyarakat.

Untuk itulah maka, upaya membangun kemitraan atau aliansi dengan pihak-pihak lain di luar sektor kesehatan merupakan kunci utama yang harus diperhatikan dalam promosi kesehatan, apalagi untuk mengatasi hal-hal yang berasal dari lingkungan sosiokultural masyarakat.

Namun demikian, membangun kemitraan dalam promosi kesehatan harus disadari sebagai sesuatu yang tidak mudah mengingat latar belakang serta kepentingan masing-masing unit sebagai calon mitra tidaklah selalu sama dan berorientasi pada tujuan promosi kesehatan sebagaimana yang diinginkan. Oleh karena itu, ada tiga prinsip yang perlu terlebih dahulu dipahami sebelum melakukan upaya membangun kemitraan dalam promosi kesehatan.

Tiga prinsip tersebut adalah sebagai berikut:

1. Persamaan (equity)

Pada prinsip ini, para unit (lembaga atau orang-per-orang) yang hendak menjalin kemitraan, harus menempatkan diri setara atau sama satu dengan yang lain. Tidak ada satu pihak pun yang merasa lebih tinggi, lebih baik, lebih penting dan sebagainya dibandingkan dengan pihak yang lain.

2. Keterbukaan (transparency)

Melalui prinsip ini, para pihak yang menjalin kemitraan harus bersifat terbuka. Dari mulai tahap perencanaan, pelaksanaan, hingga monitoring dan evaluasi; masing-masing pihak harus terbuka terhadap yang lain, terutama dalam hal sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan bersama.

3. Saling menguntungkan (mutual benefit)

Dengan prinsip ini, setiap pihak yang bermitra harus selalu merasa diuntungkan dengan adanya kegiatan atau hasil kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan. Tidak boleh ada pihak yang merasa dirugikan dengan adanya kemitraan tersebut (Notoadmodjo, Opcit: 32-33).

Setelah memperhatikan tiga prinsip tadi, lalu apa strategi yang dapat dilakukan guna membangun kemitraan dalam rangka melakukan promosi kesehatan di Indonesia? Berkaca pada hasil penelitian yang dilakukan Tumanggor (Opcit) Notoadmodjo (Opcit.), dan Ite (1997) dapat diketahui bahwa ada empat hal penting yang perlu dicermati dalam membangun kemitraan pada upaya promosi kesehatan guna mengatasi persoalan sosio kultural kesehatan, yakni:

Pertama, pengembangan keilmuan kesehatan lintas disiplin. Seperti juga telah disinggung pada bagian sebelumnya, perspektif keilmuan yang dipergunakan dalam kebijakan kesehatan maupun pendidikan kesehatan di Indonesia masih berfokus pada paradigma 'bio medis', padahal dalam berbagai bentuk, telah banyak kontribusi yang diberikan ilmu-ilmu sosial budaya seperti antropologi, sosiologi, dan lain sebagainya dalam rangka pembangunan kesehatan di Indonesia.

Itu sebab, pengembangan kemitraan yang harus disasar pertama kali – menurut hemat penulis – adalah pada pembangunan kemitraan keilmuan. Dalam hal ini, para pelaku pendidikan kesehatan di Indonesia harus mau menerima masukan dari para ahli di bidang lain untuk mengupayakan strategi, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi upaya promosi kesehatan di Indonesia.

Untuk itu, seminar/workshop yang mengetengahkan prinsip intersubjektivitas dengan pendekatan "ethic-emic" lintas keilmuan menjadi kunci agar data-data, hipotesis, maupun strategi yang datang dari ilmu kesehatan dapat bertemu dengan hasil-hasil kajian fenomena sosial, ekonomi, budaya, politik, dan lingkungan yang hidup di masyarakat.

Kedua, pengembangan keteladanan perilaku hidup sehat dari para tokoh. Sebagaimana diketahui, masyarakat Indonesia pada umumnya merupakan masyarakat yang bertipe 'paternalistik'. Oleh karena itu, menjadikan para tokoh di masyarakat (adat, agama, public figure) sebagai mitra dalam mempromosikan kesehatan merupakan hal yang diperlukan guna memberi contoh atau keteladanan bagi masyarakat.

Dalam hal ini, seluruh tokoh-tokoh yang berpengaruh dalam kehidupan sehari-hari harus mampu diajak menjadi mitra untuk mengampanyekan promosi kesehatan melalui keberadaan dirinya sebagai 'role model' perilaku hidup sehat agar dapat mengatasi sekat-sekat nilai, norma, dan pengetahuan di masyarakat yang mungkin berbenturan dengan kesehatan.

Ketiga, advokasi kepada kalangan pemangku kebijakan. Keberadaan para pemangku kebijakan yang memiliki kewenangan seperti halnya eksekutif (Presiden/Para Menteri, Gubernur, Bupati, dan seterusnya), dan legislatif (DPR, DPRD Tingkat I, DPRD Tingkat II, dan lain sebagainya) merupakan subjek penting yang harus selalu diadvokasi dalam rangka menghadirkan mereka sebagai mitra dalam melakukan promosi kesehatan.

Keberadaan advokasi tersebut jelas penting agar mereka dapat secara mandiri maupun bersama-sama mengembangkan kebijakan-kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Para pejabat tersebut diharapkan mampu mengeluarkan peraturan perundang-undangan (dari level nasional hingga daerah terkecil) yang mampu mengatasi hambatan nilai dan norma di masyarakat yang mungkin saja menghalangi munculnya perilaku hidup sehat serta meningkatkan serta menjamin derajat kesehatan masyarakat pada level yang paripurna.

Ketiga, mendorong partisipasi aktif komunitas. Keberhasilan strategi membangun kemitraan untuk mempromosikan kesehatan di masyarakat tentu saja tidak akan tercapai bilamana tidak mengikutsertakan partisipasi komunitas masyarakat secara langsung.

Dalam hal ini, pembangunan kemitraan terhadap komunitas harus mengarah pada upaya-upaya yang membuat masyarakat secara mandiri (empowered) untuk mewujudkan dan mempertahankan kesehatannya pada derajat yang tinggi. Pada titik ini, upaya pembangunan kemitraan harus berorientasi pada nilai inklusi (inclusion), yang menghendaki bahwa setiap orang merasa dan berpikir bahwa mereka berkesempatan untuk memperoleh kesehatan yang cukup.

Meskipun disadari bahwa keberadaan nilai dan norma sosiokultural mungkin saja menghalangi partisipasi tersebut, namun demikian hal tersebut belum berarti mustahil untuk dilakukan. Berkaca pada hasil temuan Jim Ife (Opcit) terdapat lima kondisi yang harus dapat diciptakan untuk mendukung partisipasi aktif komunitas dalam melakukan promosi kesehatan.

Lima kondisi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Masyarakat mau berpartisipasi apabila mereka merasa bahwa isu mengenai kesehatan yang disosialisasikan melalui promosi kesehatan adalah penting.
2. Partisipasi akan efektif apabila masyarakat merasa bahwa tindakan partisipatif mereka membuat suatu perbedaan atas kesehatan bersama.
3. Partisipasi masyarakat yang memiliki perbedaan bentuk harus diakui dan dinilai positif.
4. Setiap warga harus diberi kesempatan untuk berpartisipasi, dan partisipasi mereka harus didukung.
5. Partisipasi masyarakat tersebut perlu didukung dengan keberadaan struktur yang terbuka dan di monitoring secara langsung oleh masyarakat.

Bab 5

Model Konseptual Keperawatan Keluarga

5.1 Konsep Model Keperawatan

Dalam bab ini diuraikan beberapa konsep model keperawatan yang dapat digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga yang dapat diaplikasikan ke dalam perawatan keluarga.

Teori Keperawatan adalah kumpulan konsep, definisi, hubungan dan asumsi dari model keperawatan dengan melihat secara sistematis berbagai fenomena yang bertujuan memberikan gambaran, penjelasan dan prediksi fenomena keperawatan. model konseptual adalah struktur konsep dan teori yang secara bersama memberikan suatu gambaran dalam pengembangan keilmuan dan merupakan cara berpikir tentang individu dan lingkungan yang bermanfaat dalam memprioritaskan pelayanan dan mampu merubah kondisi pasien menjadi mandiri.

Asuhan keperawatan keluarga memerlukan suatu pendekatan teori model keperawatan yang didasarkan pada pengkajian permasalahan dalam keluarga, menyusun perencanaan, memberikan tuntunan dan melakukan evaluasi terhadap keluarga yang dibina (Sutanto, 2012).

Teori yang digunakan tergantung dari situasi keluarga, keterampilan dan pengetahuan keluarga, tujuan keluarga dan posisi perawat dalam keluarga. praktik keperawatan berdasarkan teori sangat penting dalam praktik keperawatan keluarga karena akan menuntun seorang perawat dalam menyelesaikan masalah di keluarga yang di bina (Santun setiawati, 2008).

Self-Care Deficit Theory of Nursing (Dorothea E Orem)

Teori Orem memperlakukan manusia sebagai satu unit, sebagai fungsi biologis dan sosial dan memulai perawatan diri, lingkungan sekitarnya membentuk sistem yang terintegrasi dan interaktif, dan kesehatan / kesejahteraan mencirikan perkembangan fisik, psikologis, interpersonal, dan sosial manusia. struktur. kelengkapan. Bantuan keperawatan memberikan pelayanan kepada orang yang sepenuhnya atau sebagian tergantung ketika mereka tidak mampu lagi

Teori Friedman

Menurut teori Fiedman dijelaskan bahwa proses asuhan keperawatan keluarga berbeda dengan proses asuhan keperawatan individu, dimana fokus utamanya adalah keluarga sebagai unit terkecil dari anggota keluarga di dalam rumah dan lingkungan keluarga. Hal ini tentunya dalam pemberian asuhan, dimana perawat melaksanakan pelayanan keperawatan pada tingkat individu dan keluarga, dimulai dari pengkajian, pembuatan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Health Care System Model (Betty Neuman)

Menurut Betty Newman, model sistem pelayanan kesehatan menghadirkan manusia sebagai sistem terbuka yang mencari keseimbangan yang harmonis dan kesatuan fisik, psikologis, sosial budaya, perkembangan, dan spiritual. Masyarakat/lingkungan dalam teori ini berinteraksi dengan semua faktor, baik internal maupun eksternal, memungkinkan klien untuk mempertahankan berbagai keseimbangan yang harmonis dan dinamis.

Wellness/health berarti keseimbangan yang baik antara bio-psiko-sosial-budaya-spiritual. Intervensi keperawatan bertujuan untuk mengurangi stresor melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier. Intervensi untuk promosi kesehatan, konseling untuk deteksi dini.

Adaptation Model (Sister Callista Roy)

Model Roy melihat manusia sebagai makhluk biopsikososial dalam interaksi konstan dengan lingkungannya, dengan empat pendekatan adaptif, yaitu kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependen. Pengaruh sosial/lingkungan terhadap perilaku individu dan kelompok, kesehatan menjadi holistik dan terintegrasi dengan meningkatkan pengetahuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif.

Behavioral System Model (Dorothy E Johnson)

Teori perilaku menafsirkan konsep manusia sebagai sistem perilaku dengan pola dan sikap tertentu yang berhubungan dengan lingkungan, sedangkan manusia adalah bagian independen dari lingkungan yang memerlukan beberapa pengaturan untuk menyeimbangkan, dan semua faktor yang mempengaruhi sistem dapat dimanipulasi untuk mencapainya. sasaran., psikologis, perawatan sosial untuk meningkatkan perilaku klien melalui mekanisme regulasi saat klien mengalami stres. Kegiatan keperawatan tidak bergantung pada otoritas medis tetapi bersifat komplementer (pelengkap) .(Padila, 2012)

Cultural Care Theory (Madeline Leininger)

Leininger menggambarkan manusia sebagai manusia yang tidak dapat dipisahkan dari konteks budaya dan struktur sosial biologi. Lingkungan memiliki konsep budaya, struktur sosial bervariasi, dan hambatan penyakit adalah pengalaman individu dan budaya. Keperawatan berfokus pada perilaku, fungsi, dan proses keperawatan untuk mempromosikan dan mempertahankan perilaku sehat.

Teori Ilmu Sosial Keluarga

Teori ilmu sosial tentang keluarga berfokus pada bagaimana keluarga berfungsi, berinteraksi dengan lingkungannya, bagaimana keluarga berinteraksi, bagaimana keluarga berubah dari waktu ke waktu, dan bagaimana keluarga merespons stres.

Teori ilmu sosial keluarga, yaitu teori sistem yang memperlakukan keluarga sebagai sistem terbuka. Sebuah teori struktur-fungsi tentang bagaimana struktur keluarga dan unit berhubungan satu sama lain. Teori perkembangan keluarga membahas perkembangan keluarga berdasarkan pernyataan bahwa keluarga adalah kelompok yang berumur panjang dengan siklus hidup yang

dinamis, teori ini memandang siklus kehidupan keluarga menurut duval. Interaksi dalam keluarga mengalami perubahan seiring dengan berubahnya siklus kehidupan.

Teori interaksi keluarga menurunkan interaksi keluarga dari interaksi simbolik yang diterapkan dalam keluarga, yang berfokus pada hubungan timbal balik antara anggota keluarga. Teori peran stres dan konflik keluarga menganalisis interaksi dan peran anggota keluarga dalam menghadapi satu sama lain dalam berbagai situasi dan peristiwa.

Teori Pembelajaran Sosial Sebagai Terapi Perilaku Keluarga Dalam Keluarga Berorientasi Domain Akademik (Kognitif)

Dikembangkan untuk mengatasi masalah keluarga, teori terapi keluarga berorientasi patologis, bertujuan untuk menjelaskan disfungsi keluarga, dan memandu tindakan terapeutik yang dikembangkan dalam perawatan klinis, formal, dan komplementer (Santun Setiawati, 2008).

Teori Terapi Keluarga

Dikembangkan untuk mengatasi masalah keluarga, teori terapi keluarga berorientasi patologis, bertujuan untuk menjelaskan disfungsi keluarga, dan memandu tindakan terapeutik yang dikembangkan dalam perawatan klinis, formal, dan komplementer.

Bab 6

Pengkajian Keperawatan Keluarga

6.1 Pendahuluan

Definisi keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedmen 1998). Menurut UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Beberapa pakar menyatakan bahwa keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki dan seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Dari beberapa definisi diatas penulis menyimpulkan bahwa keluarga adalah merupakan berkumpulnya dua orang atau lebih individu terikat dalam suatu perkawinan, ada hubungan darah, atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah dan dapat mempertahankan kebudayaannya serta tinggal dalam satu rumah.

Tipe Keluarga inti adalah keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu, dan anak yang masih menjadi tanggungannya dan tinggal satu rumah, terpisah dari sanak keluarga lainnya. Keluarga besar adalah satu keluarga yang terdiri dari satu atau dua keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah dan saling membutuhkan satu sama lain.

Struktur peran keluarga, menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informal. Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.

Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti. Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan (Friedmen 1998).

6.2 Pengkajian Keperawatan Keluarga

Definisi Pengkajian adalah merupakan tahapan seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya, (Friedmen 1998).

Secara garis besar data dasar yang dipergunakan mengkaji status keluarga adalah:

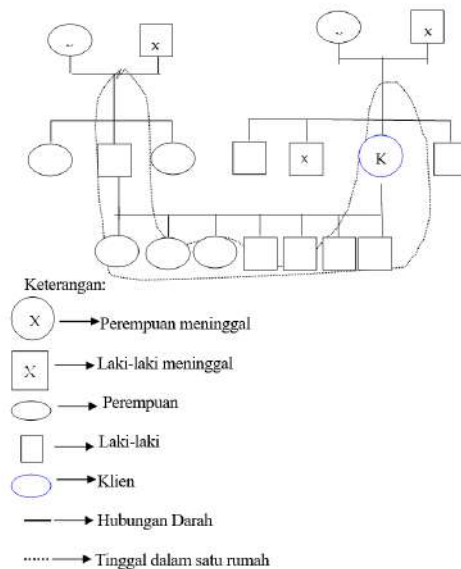
1. Struktur dan karakteristik keluarga.
2. Faktor lingkungan.
3. Sosial, ekonomi, dan budaya.
4. Riwayat kesehatan dan medis dari setiap anggota keluarga.
5. Psikososial keluarga.

Asuhan keperawatan pada keluarga membutuhkan beberapa hal yang perlu dikaji adalah sebagai berikut:

6.2.1 Data Umum

1. Nama kepala keluarga, umur, alamat, dan telepon jika ada, pekerjaan dan pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga yang terdiri atas nama, jenis kelamin, tanggal lahir atau umur, hubungan dengan kepala keluarga, status imunisasi dari masing-masing anggota keluarga, genogram (genogram keluarga dalam tiga generasi).

Contoh gambar genogram 3 generasi:



2. Tipe keluarga, menjelaskan tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.
3. Suku bangsa atau latar belakang budaya (etnik), mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut, serta mengidentifikasi budaya suku terkait dengan kesehatan.
 - a. Latar belakang etnik keluarga atau anggota keluarga.
 - b. Tempat tinggal keluarga bagaimana (uraikan bagian dari sebuah lingkungan yang secara etnik bersifat homogen).

- c. Kebiasaan-kebiasaan adat berbusana, baik tradisional maupun modern.
 - d. Kegiatan-kegiatan berupa sosial budaya, rekreasi, dan pendidikan. Apakah kegiatan ini dalam kelompok kultur atau budaya keluarga.
 - e. Bahasa yang digunakan dalam keluarga (rumah).
 - f. Penggunaan jasa pelayanan kesehatan keluarga dan praktisi. Apakah keluarga mengunjungi praktik, terlibat dalam praktik-praktik pelayanan kesehatan tradisional, atau mempunyai kepercayaan tradisional dalam bidang kesehatan.
4. Agama, mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti:
- a. Bagaimana keterlibatan keluarga dalam kegiatan agama atau organisasi keagamaan.
 - b. Apakah ada anggota keluarga yang berbeda dalam keyakinan beragamanya.
 - c. Agama yang dianut oleh keluarga.
 - d. Kepercayaan-kepercayaan dan nilai-nilai keagamaan yang dianut dalam kehidupan keluarga, terutama dalam hal kesehatan.
5. Status sosial ekonomi keluarga, status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang yang dimiliki oleh keluarga seperti:
- a. Sumber-sumber pendapatan per bulan.
 - b. Jumlah pendapatan per bulan.
 - c. Jumlah pengeluaran per bulan.
 - d. Apakah sumber pendapatan mencukupi kebutuhan keluarga.
 - e. Bagaimana keluarga mengatur pendapatan dan pengeluarannya.
6. Aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang, rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi, selain itu perlu dikaji pula penggunaan waktu luang atau senggang keluarga.

6.2.2 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga adalah pengkajian keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga. Menurut beberapa ahli bahwa tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas tahapan perkembangan keluarga, sedangkan riwayat keluarga adalah mengkaji riwayat kesehatan keluarga inti dari riwayat kesehatan keluarga:

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini, ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.
2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan bagaimana tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya.
3. Riwayat keluarga inti, menjelaskan riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota, dan sumber coping yang digunakan keluarga seperti perceraian, kematian, dan keluarga yang hilang.
4. Riwayat keluarga sebelumnya, keluarga asal kedua orang tua (seperti apa kehidupan keluarga asalnya) hubungan masa silam dan saat dengan orang tua dari kedua orang tua.

6.2.3 Pengkajian lingkungan

Karakteristik Rumah

1. Gambaran tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, sewa kamar, kontrak, atau lainnya). Apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa rumah untuk tempat tinggal.
2. Gambaran kondisi rumah meliputi bagian interior dan eksterior. Interior rumah meliputi: jumlah kamar dan tipe kamar (kamar tamu, kamar tidur), penggunaan-penggunaan kamar tersebut dan bagaimana kamar tersebut diatur. Bagaimana kondisi dan kecukupan perabot, penerangan, ventilasi, lantai, tangga rumah. Susunan dan kondisi bangunan tempat tinggal. Termasuk perasaan subjektif keluarga terhadap rumah tinggalnya, apakah keluarga menganggap rumahnya memadai bagi mereka.

3. Dapur, suplai air minum, penggunaan alat-alat masak, apakah ada fasilitas pengaman bahaya kebakaran.
4. Kamar mandi, sanitasi, air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk.
5. Kamar tidur, bagaimana pengaturan kamar tidur. Apakah memadai bagi anggota keluarga dengan pertimbangan usia mereka, hubungan, dan kebutuhan-kebutuhan khusus mereka lainnya.
6. Kebersihan dan sanitasi rumah, apakah banyak serangga-serangga kecil (khususnya di dalam rumah), dan masalah-masalah sanitasi yang disebabkan akibat binatang-binatang peliharaan.
7. Pengaturan privasi
Bagaimana dengan perasaan keluarga terhadap pengaturan privasi rumah mereka memadai atau tidak. Termasuk bahaya-bahaya terhadap keamanan rumah atau lingkungan.
8. Perasaan secara keseluruhan dengan pengaturan atau penataan rumah mereka.

Karakteristik Lingkungan Dan Komunitas Tempat Tinggal

1. Tipe lingkungan tempat tinggal komunitas kota atau desa
2. Tipe tempat tinggal (hunian, industri, campuran hunian dan industri kecil).
3. Sanitasi jalan dan rumah. Bagaimana kebersihannya, cara menangani sampah, dan lainnya.
4. Adakah jenis-jenis industri di lingkungan rumah (kebisingan, polusi air, dan udara).
5. Karakteristik demografi di lingkungan komunitas tersebut.
6. Kelas sosial dan karakteristik etnik penghuni.
7. Lembaga pelayanan kesehatan dan sosial, apa yang ada dalam lingkungan dan komunitas (klinik, rumah sakit, penanganan keadaan gawat darurat, kesejahteraan, konseling, pekerjaan).
8. Kemudian pendidikan di lingkungan komunitas apakah mudah di akses dan bagaimana kondisinya.
9. Fasilitas-fasilitas rekreasi yang di miliki di komunitas tersebut.

10. Fasilitas-fasilitas ekonomi, warung, toko, apotek, pasar, wartel, dan lainnya.
11. Transportasi umum. Bagaimana pelayanan dan fasilitas tersebut dapat di akses (jarak, kecocokan, jam pemberangkatan, dan lainnya). Untuk keluarga/komunitas.
12. Kejadian tingkat kejahatan di lingkungan dan komunitas, apakah ada masalah yang serius seperti tidak aman dan ancaman yang serius.

Mobilitas Geografis Keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan, lama keluarga tinggal di daerah ini, atau apakah sering mempunyai kebiasaan berpindah pindah tempat tinggal.

Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Dengan Masyarakat

Menjelaskan yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada.

Sistem Pendukung

Sistem pendukung keluarga meliputi:

1. Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis.
2. Sumber dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat, lembaga pemerintah, maupun swasta/LSM.
3. Jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga.

6.2.4 Struktur Keluarga

1. Pola-pola komunikasi keluarga Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga, termasuk pesan yang disampaikan, bahasa yang digunakan, komunikasi secara langsung atau tidak, pesan emosional (positif atau negatif), frekuensi, dan kualitas komunikasi yang berlangsung. Adakah hal-hal yang tertentu dalam keluarga untuk didiskusikan.

2. Struktur kekuatan keluarga
 - a. Keputusan dalam keluarga, siapa yang membuat, yang memutuskan dalam penggunaan keuangan, pengambil keputusan dalam pekerjaan atau tempat tinggal, serta siapa yang memutuskan kegiatan dan kedisiplinan anak-anak.
 - b. Model kekuatan atau kekuasaan yang digunakan keluarga dalam membuat keputusan.
3. Struktur peran, menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga, baik secara formal maupun informal.
 - a. Peran formal, posisi dan peran formal pada setiap anggota keluarga (gambarakan bagaimana setiap keluarga melakukan peran masing-masing) dan apakah ada konflik peran dalam keluarga.
 - b. Peran informal, adakah peran informal dalam keluarga, siapa yang memainkan peran tersebut, berapa kali dan bagaimana peran tersebut dilaksanakan secara konsisten.
4. Struktur nilai atau norma keluarga menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas.
 - a. Apakah sesuai dengan nilai norma yang dianut?
 - b. Seberapa penting nilai yang dianut.
 - c. Apakah nilai yang dianut secara sadar atau tidak?
 - d. Apakah konflik nilai yang menonjol dalam keluarga?
 - e. Bagaimana kelas sosial keluarga?
 - f. Bagaimana latar belakang budaya yang mempengaruhi nilai-nilai keluarga?
 - g. Serta bagaimana nilai-nilai keluarga mempengaruhi status kesehatan keluarga?

6.2.5 Fungsi Keluarga

1. Fungsi afektif: mengkaji gambaran diri anggota keluarga
Perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan pada keluarga, serta keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2. Fungsi sosialisasi: bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga dan sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma atau budaya dan perilaku.
3. Fungsi perawatan kesehatan
Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai konsep sehat sakit.

Kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga, di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui masalah kesehatan
Sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab, serta yang mempengaruhi persepsi keluarga terhadap masalah
2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
Seperti apa keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dialami, takut akibat dari tindakan penyakit, mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, dapatkah menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, serta mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.
3. Merawat anggota keluarga yang sakit
Bagaimana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan; mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, fasilitas fisik, psikososial). Mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit.
4. Memelihara lingkungan
Bagaimana keluarga mengetahui sumber-sumber yang dimiliki, keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya higiene sanitasi dan kekompakan antara anggota keluarga pada praktik lingkungan. Apakah saat ini keluarga terpapar polusi

udara, air, atau kebisingan dari lingkungan tempat tinggalnya, apa yang dilakukan keluarga untuk mencegah penyakit, siapa orang yang berperan membuat keputusan terkait masalah kesehatan keluarga, serta bagaimana pengetahuan keluarga cara perawatan anggota keluarga yang sakit

5. Menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan

Apakah keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan, dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga.

6. Fungsi reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, serta metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

7. Fungsi ekonomi

Mengkaji bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan. Bagaimana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat guna meningkatkan status kesehatan keluarga.

6.2.6 Stres dan Koping Keluarga

1. Stresor jangka pendek, yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang lebih enam bulan.
2. Stresor jangka panjang yaitu stresor yang saat ini dialami yang memerlukan penyelesaian lebih dari enam bulan.
3. Kemampuan keluarga berespons terhadap situasi atau stresor, mengkaji sejauh mana keluarga berespons terhadap situasi atau stresor.
4. Strategi koping yang digunakan, strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.
5. Strategi adaptasi difungsional, menjelaskan adaptasi difungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

6.2.7 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan ini tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik.

6.2.8 Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada. Diagnosa keperawatan Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya.

Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, koping keluarga, yang bersifat aktual, risiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga, berdasarkan kemampuan, dan sumber daya keluarga . Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian.

Perumusan Diagnosa Keperawatan Keluarga

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

Keterangan:

1. Bobot adalah nilai standar dari tiap kriteria dan tidak bisa di rubah.
2. Skala adalah rentang nilai dari berbagai kriteria dan tidak bisa di rubah.

Contoh cara perumusan diagnosa keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

Kriteria	Skor	Pembenaran
Sifat masalah: bobot 1 Skala:	3/3x 1= 1	Ny. G dan keluarga tahu kalau Ny.G menderita stroke, selama Ny.G tidak mengalami keluhan

3: Aktual 2: Risiko 1: Sejahtera		yang berarti keluarga tidak memeriksakannya ke pelayanan kesehatan
Kemungkinan masalah dapat diubah: bobot 2 skala: 2: Mudah 1: Sebagian 0: tidak dapat	$1/2 \times 2 = 1$	Keluarga mengatakan klien terlalu banyak pikiran, sehingga setiap mau diajak berobat klien selalu dibujuk dulu baru mau berobat
Potensial masalah untuk dicegah: bobot 1 3: Tinggi 2: Cukup 1: Rendah	$2/3 \times 1 = 2/3$	Keluarga mengatakan klien bila Ny.G sering kontrol dan mengikuti terapi dokter, dia mengatakan akan tetap sehat.
Menonjolnya masalah: bobot: 1 2: berat, segera ditangani 1: tidak perlu segera ditangani 0: tidak dirasakan	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga merasa hal ini harus segera ditangani karena penyakit ini sangat mengganggu Ny.G
Total	3 2/3	

Bab 7

Tren dan Isu Pada Keperawatan Keluarga

7.1 Pendahuluan

Pembelajaran sejatinya dilakukan melalui interaksi guru dengan siswa dalam suasana lingkungan belajar. Esensi pembelajaran ini merupakan pendampingan yang dilakukan pendidik untuk mentransmisikan ilmu kepada peserta didik.

Oleh karena itu, secara sederhana pembelajaran dapat dimaknai sebagai suatu proses pencerahan yang dilakukan guru untuk membantu siswa mendapatkan pembelajaran dan mampu memahami bahan pembelajaran yang diberikan (Mansyur, 2020).

Pengertian Trend dan Isu Dalam Keperawatan

Trend adalah segala sesuatu yang saat ini sedang dibicarakan, diperhatikan, dikenakan atau dimanfaatkan oleh banyak masyarakat pada saat tertentu. Dalam hal ini, tanda-tanda suatu objek sedang menjadi trend adalah jika di saat tersebut menjadi pusat pembicaraan, pusat perhatian dan sering sekali digunakan. Trend juga dapat didefinisikan salah satu gambaran ataupun informasi yang terjadi pada saat ini yang biasanya sedang populer di kalangan

masyarakat, sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak orang saat ini dan terjadiannya berdasarkan fakta.

Isu adalah suatu peristiwa atau kejadian yang dapat diperkirakan terjadi atau tidak terjadi pada masa mendatang, yang menyangkut ekonomi, moneter, sosial, politik, hukum, pembangunan nasional, bencana alam, hari kiamat, kematian, ataupun tentang krisis. Isu adalah sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak namun belum jelas faktanya atau buktinya.

7.2 Beberapa Trend dan Isu Dalam Keperawatan Keluarga

Terdapat beberapa trend dalam keperawatan keluarga yaitu perubahan bidang profesi keperawatan dan dampak perubahan. Pembelajaran daring merupakan sebuah inovasi pendidikan yang melibatkan unsur teknologi informasi dalam pembelajaran (Fitriyani, Fauzi dan Sari, 2020).

Pembelajaran daring merupakan pembelajaran yang menggunakan jaringan internet dengan aksesibilitas, konektivitas, fleksibilitas, dan kemampuan untuk memunculkan berbagai jenis interaksi pembelajaran. Pembelajaran daring adalah pembelajaran yang mampu mempertemukan mahasiswa dan dosen untuk melaksanakan interaksi pembelajaran dengan bantuan internet.

Pada tataran pelaksanaannya pembelajaran daring memerlukan dukungan perangkat-perangkat mobil seperti smartphone atau telepon android, laptop, komputer, tablet, dan iPhone yang dapat dipergunakan untuk mengakses informasi kapan saja dan di mana saja.

Perubahan Bidang Profesi Keperawatan

perubahan bidang profesi keperawatan meliputi perubahan ekonomi, perubahan kependudukan, ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan atau keperawatan dan tuntutan profesi keperawatan karakteristik profesi (Friedman, 2013).

1. Perubahan ekonomi

Perubahan ekonomi membawa dampak terhadap pengurangan berbagai anggaran untuk pelayanan kesehatan, sehingga berdampak

terhadap orientasi manajemen kesehatan atau keperawatan dari lembaga sosial ke orientasi bisnis.

2. Kependudukan

Sedangkan perubahan kependudukan dengan bertambahnya jumlah penduduk di Indonesia dan bertambahnya umur harapan hidup, maka akan membawa dampak terhadap lingkup dari praktik keperawatan. Pergeseran tersebut terjadi yang dulunya lebih menekankan pada pemberian pelayanan kesehatan atau perawatan pada “community based”.

3. Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan atau keperawatan

Era kesejagatan identik dengan era komputerisasi, sehingga perawat dituntut untuk menguasai teknologi komputer di dalam melaksanakan MIS (Manajemen Information System) baik di tatanan pelayanan maupun pendidikan keperawatan.

4. Tuntutan profesi keperawatan karakteristik profesi yaitu:

- a. memiliki dan memperkaya tubuh pengetahuan (body of knowledge) melalui penelitian;
- b. memiliki kemampuan memberikan pelayanan yang unik kepada orang lain;
- c. pendidikan yang memenuhi standar;
- d. terdapat pengendalian terhadap praktik;
- e. bertanggung jawab dan bertanggung gugat (accountable) terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan gabung;
- f. merupakan karier seumur hidup;
- g. mempunyai fungsi mandiri dan kolaborasi.

Dampak Perubahan

Dampak perubahan yang terjadi dalam praktik keperawatan, tantangan pendidikan keperawatan dan tantangan perubahan iptek. Dampak perubahan dalam praktik keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Pengurangan anggaran

Perawat Indonesia saat ini dihadapkan pada suatu dilema, di satu sisi dia harus terus mengupayakan peningkatan kualitas layanan

kesehatan, di lain pihak, pemerintah memotong alokasi anggaran untuk pelayan keperawatan. Keadaan ini dipicu dengan menjadikan rumah sakit swadana dimana juga berdampak terhadap kinerja perawat. Dalam melaksanakan tugasnya, perawat jarang mengadakan hubungan interpersonal yang baik karena mereka harus melayani pasien lainnya dan dikejar oleh waktu.

2. Otonomi dan akuntabilitas

Dengan melibatkan perawat dalam pengambilan suatu keputusan di pemerintahan, merupakan hal yang sangat positif dalam meningkatkan otonomi dan akuntabilitas perawat Indonesia. Peran serta tersebut perlu ditingkatkan terus dan di pertahankan. Kemandirian perawat dalam melaksanakan perannya sebagai suatu tantangan. Semakin meningkatnya otonomi perawat semakin tingginya tuntutan kemampuan yang harus dipersiapkan.

3. Teknologi

Penguasaan dan keterlibatan dalam perkembangan IPTEK dalam praktik keperawatan bagi perawat Indonesia merupakan suatu keharusan.

4. Tempat praktik

Tempat praktik keperawatan di masa depan meliputi pada tatanan klinik (RS), komunitas, dan praktik mandiri di rumah/berkelompok (sesuai SK Menkes R.I.647/2000 tentang registrasi dan praktik keperawatan).

5. Perbedaan batas kewenangan praktik

Belum jelasnya batas kewenangan praktik keperawatan pada setiap jenjang pendidikan, sebagai suatu tantangan bagi profesi keperawatan.

Tantangan pendidikan keperawatan:

Di masa depan pendidikan keperawatan dihadapkan pada suatu tantangan dalam meningkatkan kualitas lulusannya dituntut menguasai kompetensi profesional. Isi kurikulum program pendidikan ke depan, juga harus menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi.

Tantangan perubahan Iptek:

Riset keperawatan akan menjadi suatu kebutuhan dasar yang harus dilaksanakan oleh perawat di era global. Meningkatnya kualitas layanan, sangat ditentukan oleh hasil kajian-kajian dan pembaharuan yang dilaksanakan berdasarkan hasil penelitian (Kuntoro, 2010).

7.3 Isu Terbaru Dalam Keperawatan Keluarga

Berdasarkan kajian kami terhadap literatur dan diskusi profesional dengan kolega di bidang keperawatan keluarga, terdapat 8 isu penting dalam keperawatan keluarga saat ini (Friedman, 2013) sebagai berikut:

7.3.1 Isu Praktik

Kesenjangan Bermakna Antara Teori dan Penelitian Serta Praktik Klinis.

Kesenjangan antara pengetahuan yang ada dan penerapan pengetahuan ini jelas merupakan masalah di semua bidang dan spesialisasi di keperawatan, meskipun kesenjangan ini lebih tinggi keperawatan keluarga. Keperawatan yang berpusat pada keluarga juga masih dinyatakan ideal dibanding praktik yang umum dilakukan.

Wright dan Leahey (2009) mengatakan bahwa faktor terpenting yang menciptakan kesenjangan ini adalah “cara pandang perawat terhadap konsep masalah sehat dan sakit. Hal ini merupakan kemampuan “berpikir saling memengaruhi dari keluarga (saling memengaruhi)” yaitu menyoroti bahwa kecenderungan teknologi dan ekonomi seperti pengurangan layanan dan staf, keragaman dalam populasi klien yang lebih besar (Friedman, 2010).

Menurut Herlinawati (2013) kurangnya alat pengkajian keluarga yang komprehensif dan strategi intervensi yang baik, perawat terikat dengan model kedokteran (berorientasi pada individu dan penyakit), dan sistem pemetaan yang kita lakukan serta sistem diagnostik keperawatan menyebabkan penerapan perawatan yang berfokus pada keluarga sulit diwujudkan.

Kebutuhan Untuk Membuat Perawatan Keluarga Menjadi Lebih Mudah Untuk Diintegrasikan Dalam Praktik.

Dalam beberapa tahun ini, terjadi restrukturisasi pelayanan kesehatan besar-besaran, yang mencakup perkembangan pesat sistem pengelolaan perawatan berupa sistem pemberian layanan kesehatan yang kompleks, multi unit, dan multi level sedang dibentuk.

Sebagian dari restrukturisasi ini juga termasuk kecenderungan pasien dipulangkan dalam “keadaan kurang pengurangan jumlah rumah sakit, pelayanan dan staf, serta pertumbuhan pelayanan berbasis komunitas. Perubahan ini menyebabkan peningkatan tekanan kerja dan kelebihan beban kerja dalam profesi keperawatan. Waktu kerja perawat dengan klien individu dan klien keluarga menjadi berkurang.

Oleh karena itu, mengembangkan cara yang bijak dan efektif untuk mengintegrasikan keluarga ke dalam asuhan keperawatan merupakan kewajiban perawat keluarga. Menurut Wright dan Leahey, mengatasi kebutuhan ini dengan menyusun wawancara keluarga selama 15 menit atau kurang. Pencetusan gagasan dan strategi penghematan waktu yang realistis guna mempraktikkan keperawatan keluarga adalah isu utama praktik dewasa ini.

Peralihan Kekuasaan Dan Kendali Dari Penyedia Pelayanan Kesehatan Kepada Keluarga

Berdasarkan perbincangan dengan perawat dan tulisan yang disusun oleh perawat keluarga, terdapat kesepakatan umum bahwa peralihan kekuasaan dan kendali dari penyedia pelayanan kesehatan ke pasien atau keluarga perlu dilakukan. Kami percaya hal ini masih menjadi sebuah isu penting pada pelayanan kesehatan saat ini.

Menurut Wright dan Leahey dalam Robinson (199), mengingatkan kita bahwa terdapat kebutuhan akan kesetaraan yang lebih besar dalam hubungan antara perawat dan keluarga, hubungan kolaboratif yang lebih baik, dan pemahaman yang lebih baik akan keahlian keluarga.

Perkembangan penggunaan Internet dan email telah memberikan banyak keluarga informasi yang dibutuhkan untuk belajar mengenai masalah kesehatan dan pilihan terapi mereka. Gerakan konsumen telah memengaruhi pasien dan keluarga untuk melihat diri mereka sebagai konsumen, yang membeli dan mendapatkan layanan kesehatan seperti layanan lain yang

mereka beli. Dilihat dari kecenderungan ini, anggota keluarga sebaiknya diberikan kebebasan untuk memutuskan apa yang baik bagi mereka dan apa yang mereka lakukan demi kepentingan mereka sendiri.

Bagaimana Bekerja Lebih Efektif Dengan Keluarga Yang Kebudayaannya Beragam.

Kemungkinan, isu ini lebih banyak mendapatkan perhatian di kalangan penyedia pelayanan kesehatan, termasuk perawat, dibandingkan isu lainnya pada saat ini. Kita tinggal di masyarakat yang beragam, yang banyak cara untuk menerima dan merasakan dunia, khususnya keadaan sehat dan sakit. Dalam pengertian yang lebih luas, budaya (termasuk etnisitas, latar belakang agama, kelas sosial, afiliasi regional dan politis, orientasi seksual, jenis kelamin, perbedaan generasi) membentuk persepsi kita, nilai, kepercayaan, dan praktik.

Faktor lainnya, seperti pengalaman sehat dan sakit, membentuk cara kita memandang sesuatu. Meskipun terdapat semua upaya tersebut guna dapat bekerja lebih efektif dengan keluarga yang beragam, memberikan perawatan yang kompeten secara budaya tetap menjadi tantangan yang terus dihadapi (Friedman, 2014).

Globalisasi Keperawatan Keluarga Menyuguhkan Kesempatan Baru Yang Menarik Bagi Perawat Keluarga.

Dengan semakin kecilnya dunia akibat proses yang dikenal sebagai globalisasi, perawat keluarga disuguhkan dengan kesempatan baru dan menarik untuk belajar mengenai intervensi serta program yang telah diterapkan oleh negara lain guna memberikan perawatan yang lebih baik bagi keluarga. Globalisasi adalah proses bersatunya individu dan keluarga karena ikatan ekonomi, politis, dan profesional.

Globalisasi mempunyai dampak negatif yang bermakna bagi kesehatan yaitu ancaman epidemi di seluruh dunia seperti HIV/AIDS menjadi jauh lebih besar. Akan tetapi sisi positifnya, pembelajaran yang diperoleh perawat Amerika dari perawat di seluruh dunia melalui konferensi internasional, perjalanan, dan membaca literatur kesehatan internasional memberikan pemahaman yang bermanfaat.

Sebagai contoh, di Jepang, pertumbuhan keperawatan keluarga sangat mengesankan. Di sana, perawat telah mengembangkan kurikulum keperawatan keluarga disekolah keperawatan dan telah menghasilkan teori

keperawatan yang berfokus pada keluarga dan sesuai dengan nilai dan konteks Jepang.

Menurut Sugishita Keperawatan keluarga mengalami pertumbuhan yang pesat di Jepang, yang ditandai dengan publikasi dan upaya penelitian yang dilakukan di Jepang. Negara lain, seperti Denmark, Swedia, Israel, Korea, Chili, Meksiko, Skotlandia, dan Inggris juga mengalami kemajuan bermakna di bidang kesehatan keluarga dan keperawatan keluarga. Kita harus banyak berbagi dan belajar dari perawat di beberapa negara ini.

7.3.2 Pendidikan

Muatan apa yang harus diajarkan dalam kurikulum keperawatan keluarga dan bagaimana cara menyajikannya? Menurut Hanson dan Heims, yang melaporkan sebuah survei pada sekolah keperawatan di Amerika Serikat yang mereka lakukan terkait cakupan keperawatan keluarga di sekolah tersebut, terdapat perkembangan pemaduan muatan keperawatan keluarga dan keterampilan klinis ke dalam program keperawatan pascasarjana dan sarjana.

Masih belum jelas muatan apa yang tepat diberikan untuk program sarjana dan pascasarjana dan bagaimana cara mengajarkan keterampilan klinis. Tidak kesepakatan mengenai fokus program sarjana dan pascasarjana terkait dengan keperawatan keluarga. Akan tetapi, terdapat beberapa konsensus bahwa praktik keperawatan tingkat lanjut pada keperawatan keluarga melibatkan pembelajaran muatan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk bekerja dengan seluruh keluarga dan individu anggota keluarga secara bersamaan.

Di Indonesia telah tertuang dalam kurikulum pendidikan nasional, bahwa keperawatan keluarga memiliki bobot 3 (tiga SKS) dilengkapi dengan pembelajaran secara teori dan lapangan. Organisasi Pendidikan telah menyediakan Rencana pembelajaran semester dan modul praktik keperawatan keluarga. Hal inilah yang diharapkan dapat menolong keterampilan perawat-perawat untuk memberikan layanan profesional kepada keluarga-keluarga di komunitas.

7.3.3 Isu Penelitian

Kebutuhan untuk meningkatkan penelitian terkait intervensi keperawatan keluarga. Dibidang keperawatan keluarga, perawat peneliti telah membahas hasil kesehatan dan peralihan keluarga yang terkait dengan kesehatan. Teori perkembangan, teori stres, koping, dan adaptasi, teori terapi keluarga, dan teori

sistem telah banyak memandu penelitian para perawat peneliti keluarga. Penelitian dilakukan lintas disiplin, yang menunjukkan bahwa “tidak ada satu pun disiplin keluarga” yang menurut Knafl dalam Friedman dkk (2013).

Dengan tidak memadainya jumlah studi intervensi, kita mengalami kekurangan bukti ilmiah yang dibutuhkan untuk mendukung efikasi strategi dan program keperawatan keluarga. Selain itu, dibutuhkan penelitian keperawatan keluarga yang sebenarnya: sebagian besar penelitian keperawatan keluarga sebenarnya merupakan penelitian yang terkait dengan keluarga (yang berfokus pada anggota keluarga), bukan penelitian keluarga (yang berfokus pada seluruh keluarga sebagai sebuah unit).

Di Indonesia untuk lima tahun terakhir, penelitian terkait keluarga sangat mengalami kemajuan. Penelitian berbasis rawat inap telah mengalami perluasan ke tatanan komunitas. Penelitian-penelitian keluarga hampir ada dalam berbagai bidang ilmu, dimana penelitian tentang masalah kesehatan meliputi aspek kehidupan, diantaranya kemampuan keluarga mengidentifikasi adanya masalah kesehatan; kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dimana keluarga akan dirawat di rumah, layanan medis atau perawatan lainnya; sejauh mana keluarga memiliki kemampuan merawat anggota keluarga; bagaimana hubungan budaya terhadap masalah kesehatan terkait pengetahuan dan kebiasaan. Hal ini mencakup semua tahap tumbuh kembang keluarga.

7.3.4 Isu Kebijakan

Kebutuhan akan lebih terlibatnya perawat keluarga dalam membentuk kebijakan yang memengaruhi keluarga. Hanson, dalam bahasanya mengenai reformasi pelayanan kesehatan, mendesak perawat keluarga lebih terlibat di tiap level sistem politis guna menyokong isu keluarga. Kami setuju dengan beliau. Praktisnya, semua legislasi domestik yang dikeluarkan di tingkat lokal, negara bagian atau nasional mempunyai dampak pada keluarga.

Sebagai advokat keluarga, kita perlu baik secara sendiri-sendiri maupun bersama menganalisis isu dan kebijakan yang tengah diusulkan dan membantu merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan dan regulasi yang positif.

Mendukung calon dewan yang mendukung calon keluarga dan menjadi relawan untuk melayani komisi kesehatan dan komisi yang terkait dengan kesehatan dan dewan organisasi adalah jalan penting perbedaan” mendukung

kita keluarga perlu agar mempunyai hak mendapatkan informasi, memahami hak dan pilihan mereka, serta lebih.

7.4 Permasalahan Trend dan Isu Keperawatan

Beberapa permasalahan mengenai trend dan isu keperawatan keluarga yang muncul di Indonesia:

1. Belum adanya perawat keluarga secara khusus di negara kita.
2. Penghargaan dan reward yang dirasakan masih kurang bagi para tenaga kesehatan.
3. Pelayanan kesehatan yang diberikan sebagian besar masih bersifat pasif.
4. Masih tingginya biaya pengobatan khususnya di sarana pelayanan kesehatan yang memiliki kualitas baik.
5. Pengetahuan dan keterampilan perawat yang masih perlu ditingkatkan.
6. Rendahnya minat perawat untuk bekerja dengan keluarga akibat sistem yang belum berkembang.
7. Pelayanan keperawatan keluarga yang belum berkembang meskipun telah disusun pedoman pelayanan keluarga namun belum disosialisasikan secara umum.
8. Geografis Indonesia yang sangat luas namun belum ditunjang dengan fasilitas transportasi yang cukup.
9. Kerja sama program lintas sektoral belum memadai.
10. Model pelayanan belum mendukung peran aktif semua profesi.
11. Lahan praktik yang terbatas, sarana dan prasarana pendidikan juga terbatas.
12. Rasio pengajar dan mahasiswa yang tidak seimbang.
13. Keterlibatan berbagai profesi selama menjalani pendidikan juga kurang.

Peran Perawat Dalam Menyikapi Tren dan Isu

Dalam kemajuan teknologi ini seorang perawat mempunyai peran yang besar, baik di masyarakat maupun di rumah sakit. Peran perawat sebagai edukator seperti memberikan informasi kepada klien mengenai tindakan yang akan diberikan. Juga sebagai *care giver* dalam memberikan layanan kesehatan menggunakan dan dalam memberikan layanan asuhan keperawatan. sebagai *change agent* teknologi sebelumnya perawat merupakan tenaga yang paling sering berhubungan dengan pasien oleh karena itu setiap sistem teknologi yang baru maka perawat harus mampu menguasai dan menerapkannya.

Perawat saat ini harus mampu mencari informasi terbaru mengenai dunia teknologi kesehatan agar tidak ketinggalan zaman. Dengan mempelajarinya maka kita akan mengetahui bagaimana cara mengoperasikan teknologi baru dan mampu memanfaatkannya di dunia kesehatan (Friedman, 2013 & Siregar, 2020).

Peluang Keperawatan Memanfaatkan Trend dan Isu Tersebut Untuk Meningkatkan Pelayanan Keperawatan

Perawat perlu menyadari bahwa kesulitan dan beban keperawatan sangat banyak sehingga diperlukan secepat mungkin dalam merawat pasien khususnya pasien stroke. Telehealth merupakan salah satu sarana yang memungkinkan para profesional keperawatan/kesehatan mempunyai kemampuan untuk menawarkan layanan ini kepada keluarga dari kejauhan.

Home Telehealth bisa efektif dalam tidak hanya menilai kebutuhan perawatan kesehatan korban stroke dan keperawatan, tetapi juga dalam memberikan dukungan informasi dan emosional kepada mereka.

Kesiapan terhadap Telehealth tampaknya tergantung pada:

1. Keperawatan dan keamanan rumah.
2. Waktu yang tepat layanan yang ditawarkan.
3. Kebutuhan yang dirasakan untuk keperawatan.
4. Tingkat beban keperawatan.

Kesiapan mereka terhadap layanan Telehealth, telah tersedia. Penilaian kenyamanan klien dengan dan kepentingan dalam teknologi serta keterbatasan pendengaran dan visual juga mungkin penting dalam penerimaan dan penggunaan Telehealth. Identifikasi potensial untuk penggunaan, kesiapan dan

penerimaan Telehealth sangat penting sebelum mengembangkan, melaksanakan dan mengevaluasi program-program menggunakannya.

Perbedaan tingkat pengalaman dan harapan antara perawat dan keperawatan mungkin telah menyebabkan disparitas dengan kepuasan mereka dalam kinerja peralatan telehealth. Pelatihan perawat dan keperawatan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi yang tepat sesuai dengan teknologi dan membantu mereka untuk mencapai tingkat minimal kenyamanan dengan Telehealth adalah penting untuk menggunakan dan keefektifannya.

Pelayanan keperawatan di masa ke depan akan memanfaatkan perkembangan teknologi informasi, misalnya mengaplikasikan Telehealth. Telehealth dalam keperawatan bisa dikembangkan untuk digunakan dalam bidang pendidikan maupun bidang pelayanan keperawatan. Dalam bidang pelayanan keperawatan Telehealth dapat membantu kegiatan asuhan keperawatan pada pasien di rumah atau dikenal dengan *home care*.

Dengan adanya kontribusi Telehealth dalam pelayanan keperawatan di rumah atau *home care*, akan banyak sekali manfaat yang dapat dirasakan oleh pasien dan keluarga, perawat, instansi pelayanan kesehatan dan termasuk juga pemerintah dalam hal ini adalah Departemen Kesehatan. Menurut hukum Telehealth juga diperbolehkan jika perawat sudah mempunyai SIP atau SIPP, dalam Permenkes RI No. HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat disingkat SIPP adalah bukti tertulis yang diberikan kepada perawat untuk melakukan praktik keperawatan secara perorangan dan/atau berkelompok.

Bab II Pasal 3 Nomor 1 Dijelaskan setiap perawat yang menjalankan praktik wajib memiliki S IPP. Telehealth juga biasa digunakan untuk berkomunikasi antar petugas kesehatan dengan jarak jauh jika perawat tersebut belum memiliki pengalaman yang luas guna untuk memberikan diagnosa atau pemberian obat kepada pasien dengan benar.

Namun demikian untuk bisa mengaplikasikan Telehealth dalam bidang keperawatan banyak sekali tantangan dan hambatannya misalnya: faktor biaya, sumber daya manusia, kebijakan dan perilaku. Penggunaan Telehealth dalam keperawatan itu diperbolehkan, karena kita boleh menggunakan Telehealth dalam berkomunikasi keperawatan jarak jauh. Karena untuk mempermudah berkomunikasi dan memberi asuhan keperawatan pasien di rumah (*home care*).

Dengan kemajuan teknologi dibidang keperawatan terutama Telehealth maka beban kerja perawat akan berkurang, memangkas waktu dan biaya yang digunakan. Telehealth sangat besar peluangnya untuk diterapkan di Indonesia yang memiliki wilayah yang sangat luas dan tidak memungkinkan jika dilakukan kunjungan rumah.

Bab 8

Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Tumbuh Kembang

8.1 Pendahuluan

Tumbuh kembang seorang anak terjadi secara teratur, saling berkaitan dan berkesinambungan, dimana proses tumbuh kembang dimulai sejak pembuahan hingga dewasa. Proses tumbuh kembang akan terjadi perubahan-perubahan dan perkembangan yang dipengaruhi oleh lingkungan.

Pertumbuhan (growth) perubahan bersifat kualitatif yaitu bertambahnya jumlah ukuran, organ, maupun individu. Anak bukan hanya bertambah besar secara fisik, namun juga bertambah ukuran dan struktur organ-organ tubuh serta otak (Nardina dkk, 2021).

Sedangkan perkembangan didefinisikan bertambahnya sifat secara kuantitatif dan kualitatif, perkembangan juga diartikan sebagai kemampuan yang semakin bertambah dan merupakan hasil dari suatu proses secara maturitas (Nardina dkk, 2021).

Pendapat lain menyebutkan Pertumbuhan merupakan proses peningkatan pada diri seseorang yang bersifat kuantitatif, atau peningkatan dalam ukuran. Peningkatan karena kesempurnaan dan bukan karena penambahan yang baru(Sudirjo & Alif, 2018).

Sedangkan perkembangan adalah serangkaian perubahan progresif yang terjadi akibat proses kematangan dan pengalaman. Perkembangan anak di usia dini mencakup aspek perkembangan fisik, sosial, emosi dan kognitif (Hurlock, 2002 dalam Sudirjo & Alif, 2018).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/ individu. Sedangkan untuk tercapainya tumbuh kembang yang optimal tergantung pada potensinya secara biologis. Proses tumbuh kembang dipengaruhi faktor genetik, lingkungan bio-psiko-sosial dan perilaku (Soetjiningsih, 1995).

Tujuan dari munculnya ilmu tumbuh kembang adalah digunakan untuk memahami pola kehidupan secara normal, memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan tumbuh kembang anak, melakukan skrining terhadap adanya kelainan tumbuh kembang dengan melakukan skrining secara rutin dan dapat melakukan *assessment* yang dapat dipergunakan untuk menegakkan diagnosa dan mencari penyebab serta melakukan tatalaksana secara berkesinambungan terhadap adanya suatu masalah yang berkaitan dengan tumbuh kembang anak dan dapat melakukan pencegahannya.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi proses tumbuh kembang adalah faktor internal dan faktor eksternal, faktor internal yaitu genetik dan faktor eksternal yaitu lingkungan. Penilaian tumbuh kembang seorang anak dapat dilakukan sedini mungkin atau yang kita kenal dengan sebutan "deteksi dini tumbuh kembang anak". Deteksi dini ini digunakan untuk menemukan penyimpangan tumbuh kembang serta mengetahui faktor penyebab terjadinya masalah tumbuh kembang (Chamidah, 2009).

Parameter untuk pengukuran tumbuh kembang meliputi pengukuran/ penilaian berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lipatan kulit, lingkaran lengan atas, panjang lengan, proporsi tubuh, dan panjang tungkai.

8.2 Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Wahyuni (2018) menyebutkan bahwa tahap tumbuh kembang anak secara garis besar dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Tahap tumbuh kembang usia 0-6 tahun, terdiri atas masa prenatal mulai masa embrio (mulai konsepsi sampai 8 minggu) dan masa fetus (9 minggu sampai lahir), serta masa pasca natal mulai dari masa neonates (0-28 hari), masa bayi (29 hari – 1 tahun), masa anak (1-2 tahun), masa prasekolah (3-6 tahun).
2. Tahap tumbuh kembang usia 6 tahun ke atas, terdiri atas masa sekolah (6-12 tahun) dan masa remaja (12-18 tahun).

8.2.1 Masalah Tumbuh Kembang

Gangguan atau masalah tumbuh kembang adalah kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Gangguan tumbuh kembang adalah kegagalan untuk tumbuh dan berkembang dimana sebenarnya anak tersebut lahir dengan cukup bulan, akan tetapi dalam pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya mengalami kegagalan dalam pertumbuhan fisik dengan malnutrisi dan retardasi perkembangan sosial atau motorik (Hidayat, 2012).

Masalah yang sering timbul dalam pertumbuhan dan perkembangan anak meliputi gangguan pertumbuhan fisik, perkembangan motorik, bahasa, emosi, dan perilaku.

1. Gangguan pertumbuhan fisik
Gangguan pertumbuhan fisik meliputi gangguan pertumbuhan di atas normal dan gangguan pertumbuhan di bawah normal.
2. Gangguan perkembangan motorik
Perkembangan motorik yang lambat dapat disebabkan oleh beberapa hal. Salah satu penyebab gangguan perkembangan motorik adalah kelainan tonus otot atau penyakit *neuromuskular*.

3. Gangguan perkembangan bahasa

Kemampuan bahasa merupakan kombinasi seluruh sistem perkembangan anak. Kemampuan berbahasa melibatkan kemampuan motorik, psikologis, emosional, dan perilaku (Widyastuti, 2008). Gangguan perkembangan bahasa pada anak dapat diakibatkan berbagai faktor, yaitu adanya faktor genetik, gangguan pendengaran, intelegensi rendah, kurangnya interaksi anak dengan lingkungan, maturasi yang terlambat, dan faktor keluarga.

Selain itu, gangguan bicara juga dapat disebabkan karena adanya kelainan fisik seperti bibir sumbing dan *serebral palsy*. Gagap juga termasuk salah satu gangguan perkembangan bahasa yang dapat disebabkan karena adanya tekanan dari orang tua agar anak bicara jelas (Soetjingsih, 2003).

4. Gangguan Emosi dan Perilaku

Selama tahap perkembangan, anak juga dapat mengalami berbagai gangguan yang terkait dengan psikiatri. Kecemasan adalah salah satu gangguan yang muncul pada anak dan memerlukan suatu intervensi khusus apabila mempengaruhi interaksi sosial dan perkembangan anak.

Contoh kecemasan yang dapat dialami anak adalah fobia sekolah, kecemasan berpisah, fobia sosial, dan kecemasan setelah mengalami trauma. Gangguan perkembangan perfasih pada anak meliputi autisme serta gangguan perilaku dan interaksi sosial. Menurut Widyastuti (2008) autisme adalah kelainan neurologis yang menunjukkan gangguan komunikasi, interaksi, dan perilaku. Autisme ditandai dengan terhambatnya perkembangan bahasa, munculnya gerakan-gerakan aneh seperti berputar-putar, melompat-lompat, atau mengamuk tanpa sebab.

Kemampuan perkembangan anak dapat dilihat dari empat komponen yaitu perkembangan motorik halus, motorik kasar, bahasa serta kemandirian. Untuk dapat mencapai perkembangan anak secara optimal bergantung pada potensi biologisnya yang diperoleh melalui proses yang unik dan hasil akhir yang berbeda-beda, serta didukung berbagai faktor yang saling berkaitan,

diantaranya faktor genetik, lingkungan bio-fisiko-psiko-sosial dan perilaku (Suryani & Syamsiatun, 2016).

Salah satu aspek yang penting pada proses perkembangan adalah perkembangan motorik kasar atau kemampuan tubuh menggunakan otot-otot besar dari seluruh anggota tubuh, hal ini dipengaruhi oleh kematangan anak sebagai awal dari kecerdasannya sehingga anak dapat duduk, berjalan, dan lain sebagainya (Ananditha, 2017).

Diperkirakan bahwa 200 juta anak balita di negara berkembang mengalami gangguan perkembangan karena kemiskinan, malnutrisi, tingkat infeksi yang tinggi, kurangnya stimulasi dan edukasi serta ketidakstabilan di rumah. Angka kejadian penyimpangan perkembangan pada anak di seluruh dunia adalah 10-17%. Angka kejadian keterlambatan perkembangan di Argentina 20%, Amerika 12-16%, Thailand 37,1% dan Indonesia 13-18%. Sebanyak 0,25% anak usia 12-36 bulan di Asia mengalami penyimpangan perkembangan dan 5% diantaranya berada di Indonesia (Saputri et al., 2020).

Sedangkan angka kejadian gangguan perkembangan motorik menurut UNICEF adalah 27,5% atau 3 juta anak mengalami gangguan (Yunita et al., 2020). Di Indonesia rata-rata anak dapat berjalan pada usia 14 bulan sedangkan di negara tetangga seperti Amerika anak mulai berjalan rata-rata umur 12 bulan dan anak-anak di Eropa antara 12 sampai 13 bulan (Hardika, 2018).

Jumlah balita pada tahun 2018 di Indonesia tercatat sebanyak 23.729.583 jiwa, hal ini menjadikan balita sebagai penduduk terbanyak kedua di Indonesia oleh sebab itu pertumbuhan dan perkembangan balita sangat penting untuk dipantau demi tercapainya generasi masa depan bangsa yang cemerlang (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 pada perkembangan anak usia 36-59 bulan didapatkan hasil indeks perkembangannya adalah sebesar 88,3% yang mencakup aspek literasi sebesar 64,6%, aspek sosial emosional sebesar 69,9%, aspek learning sebesar 95,2% dan aspek fisik sebesar 97,8% (Kemenkes RI, 2018).

8.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Malah Tumbuh Kembang

Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar dan mempunyai peran utama dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Melalui instruksi genetik yang terkandung dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan.

Pertumbuhan ditandai dengan intensitas kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang. Faktor genetik antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologi, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa.

Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai tidaknya potensi genetik. Lingkungan yang baik akan memungkinkan tercapainya potensi genetik, sedangkan potensi yang tidak baik akan menghambatnya.

Faktor lingkungan secara garis besar dibagi menjadi:

1. Faktor lingkungan prenatal

Berhubungan dengan berbagai ciri pertumbuhan janin selama dalam kandungan dan masalah-masalah yang mungkin dapat terjadi selama kehamilan. Hasil penelitian Silvana dkk (2021) menyebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara faktor prenatal terhadap kemampuan perkembangan verbal pada anak usia 5 tahun ($P=0,0001$). Dimana hal ini juga didukung oleh Wang, Geng, Liu, dan Zhang (2017) juga mengatakan bahwa selama periode prenatal, faktor-faktor usia ibu >35 tahun, Ras ibu kulit dan Asia, pendidikan ibu yang rendah dan perdarahan *antepartum* sangat terkait erat dengan gangguan perkembangan anak. Glover (2011) menyatakan bahwa ada hubungan stres prenatal terhadap gangguan perkembangan bicara pada anak.

Kolevzon, Gross, dan Reichenberg (2017) mengatakan bahwa kondisi obstetri berkaitan dengan beberapa gangguan neurologis dan kejiwaan, termasuk *sindrom down*, disleksia, retardasi mental dan

skizofrenia, serta dengan kesulitan perkembangan, seperti masalah bicara dan bahasa, masalah internalisasi, masalah perhatian, masalah sosial dan hiperaktif.

2. Faktor Lingkungan Perinatal

Berhubungan dengan kejadian asfiksia, trauma lahir, hipoglikemia, Hiperbilirubinemia, BBLR, dan Infeksi. Torabi dkk (2012) yang mengatakan bahwa kehamilan ganda, BBLR, aborsi dan gangguan medis selama kehamilan seperti diabetes *gestasional* memiliki korelasi yang signifikan terhadap keterlambatan perkembangan anak

3. Faktor Lingkungan Pascanatal

Berhubungan dengan status gizi, kesehatan, imunisasi, sanitasi, perumahan, stimulasi, dan keluarga berencana. Pada sebuah penelitian yang dilakukan di Desa Tanjung Berulak Wilayah Kerja Puskesmas Kampar, didapatkan setidaknya 67% ibu tidak melakukan stimulasi dini pada balita sehingga terdapat 36,5% balita yang perkembangan motoriknya tidak sesuai dengan tingkat perkembangan secara normal (Yunita, 2020).

Penelitian lain juga menyebutkan bahwa faktor imunisasi sangat berpengaruh terhadap perkembangan seorang anak, dimana peneliti menyebutkan bahwa sebanyak 81% anak di desa Kayu Laut, Mandailing Natal tidak mendapatkan imunisasi lengkap sehingga hal ini sangat mempengaruhi proses tumbuh kembang (Nurkholidah, 2020).

8.3 Keluarga Dengan Masalah Tumbuh Kembang

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010).

Menurut Marilyn M. Friedman (2010) fungsi keluarga dibagi menjadi 5 yaitu:

1. Fungsi afektif
Memfasilitasi stabilisasi kepribadian individu untuk memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.
2. Fungsi sosialisasi
Memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.
3. Fungsi reproduksi
Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat.
4. Fungsi ekonomi
Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya.
5. Fungsi perawatan kesehatan
Menyediakan kebutuhan fisik-makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan.

8.3.1 Struktur Peran Keluarga

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang harus dilakukan oleh individu di dalam situasi tertentu agar memenuhi harapan diri atau orang lain terhadap mereka. Posisi atau status didefinisikan sebagai letak seseorang dalam suatu sistem sosial.

Menurut Friedman (2010) peran keluarga dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu:

1. Peran formal keluarga
Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga (ayah-suami,dll).
2. Peran informal keluarga
Peran informal bersifat implisit, sering kali tidak tampak pada permukaannya, dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional

anggota keluarga dan/atau memelihara keseimbangan keluarga. Keberadaan peran informal diperlukan untuk memenuhi kebutuhan integrasi dan adaptasi dari kelompok keluarga.

8.3.2 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Suprajitno (2004) menyatakan bahwa keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan dalam pemeliharaan kesehatan, meliputi:

1. Mengetahui masalah kesehatan keluarga

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 dana keluarga habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2. Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

8.4 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Tumbuh Kembang

8.4.1 Anamnesis

Keluhan utama dari orang tua umumnya adalah kekhawatiran terhadap tumbuh kembang anak, yang mana orang tua merasa kecurigaan adanya gangguan tumbuh kembang pada anaknya, misalnya anaknya lebih pendek dari teman sebayanya, kepala kelihatan besar, umur 6 bulan belum bisa tengkurap, umur 8 bulan belum bisa duduk, umur 15 bulan belum bisa berdiri, 2 tahun belum bisa bicara dan lain-lain (Levi et al, 1993 dalam Soedjatmiko, 2001).

Sedangkan Soedjadmiko (2001) menyebutkan bahwa 80% orang tua mengatakan bahwa anaknya tertinggal perkembangannya daripada anak lain dan 75% anak mengalami gangguan pada keterampilan gerak halus.

8.4.2 Pemeriksaan Fisik

Tinggi Badan

Tinggi badan dapat digunakan untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan, yaitu dengan mengukur panjang (tinggi) badan secara periodik, kemudian dihubungkan menjadi sebuah garis pada kurva pertumbuhan tertentu. Pada umumnya digunakan kurva pertumbuhan yang dipublikasi oleh *United States National Center for Health Statistic* (NCHS) pada tahun 1979 berdasarkan data yang dikumpulkan pada tahun 1963-1975. Sejak tahun 1983 oleh WHO kurva tersebut dianjurkan digunakan untuk menilai status gizi dan pertumbuhan anak.

Walaupun sejak tahun 2000 oleh *US Centre for Disease Control* (CDC) telah dipublikasikan kurva pertumbuhan baru berdasarkan data National Health and

Nutrition Examination Survey tahun 1988-1994, namun di Indonesia umumnya masih menggunakan kurva tinggi badan NCHS 1979. Ada juga yang menggunakan kurva Jumadias atau Yayah-Husaini.

Seorang anak dicurigai mengalami gangguan pertumbuhan jika panjang (tinggi badan) selama beberapa periode selalu di bawah persentil 3 ($- 2$ SD) kurva pertumbuhan tinggi badan rata-rata anak pada usia tersebut sesuai dengan jenis kelaminnya.

Namun keadaan tersebut belum tentu patologis, karena dapat disebabkan oleh faktor genetik/familial, atau lambat tumbuh konstitusional akibat keterlambatan maturasi (usia) tulang lebih dari 2 tahun yang pada akhir masa remaja dapat mencapai pertumbuhan normal.

Oleh karena itu dengan satu atau dua kali pengukuran, kita hanya dapat menyebutkan bahwa anak berperawakan pendek atau normal, namun belum dapat menyimpulkan status pertumbuhannya. Untuk menyimpulkan status pertumbuhan seorang anak harus dibandingkan prakiraan tinggi akhir anak tersebut dengan potensi tinggi akhir genetiknya.

Berat badan

Berat badan dapat membantu mendeteksi gangguan pertumbuhan, yaitu dengan menimbang berat badan secara periodik, kemudian dihubungkan menjadi sebuah garis pada kurva berat badan yang dipublikasi oleh *United States National Center for Health Statistic* (NCHS) pada tahun 1979.

Umumnya balita normal berat badannya selalu di atas persentil 5 kurva NCHS, namun bisa naik atau turun memotong 1-2 kurva persentil berat badan. Jika kurva berat badan anak mendatar atau menurun hingga memotong lebih dari 2 kurva persentil, disebut *failure to thrive* (gagal tumbuh), bisa disebabkan oleh faktor medik (organik, penyakit) atau non medis (psikososial). Berat badan berkaitan erat dengan masalah nutrisi (termasuk cairan, dehidrasi, retensi cairan). Obesitas dapat dijumpai dengan retardasi mental (sindroma Prader-Willi dan Beckwith-Wiedeman) (Soedjatmiko, 2001).

Kepala

Perhatikan ukuran, bentuk dan simetri kepala. Mikrosefali (lingkar kepala lebih kecil dari persentil mempunyai korelasi kuat dengan gangguan perkembangan kognitif, sedangkan mikrosefal progresif berkaitan dengan

degenerasi SSP. Makrosefali (lingkar kepala lebih besar dari persentil 97) dapat disebabkan oleh hidrosefalus, neurofibromatosis dan lain-lain.

Bentuk kepala yang ‘aneh’ sering berkaitan dengan sindrom dengan gangguan tumbuh kembang. Ubun-ubun besar biasanya menutup sebelum 18 bulan (selambat-lambatnya 29 bulan). Keterlambatan menutup dapat disebabkan oleh hipertiroid dan peninggian tekanan intrakranial (hidrosefalus, perdarahan subdural atau pseudotumor cerebri) (Soedjatmiko, 2001).

Kelainan Bagian Dan Organ Tubuh Lainnya

Kelainan yang dijumpai pada bagian-bagian tubuh dan atau organ tubuh (terutama kelainan mayor) harus diwaspadai kemungkinannya disertai sindrom yang berkaitan dengan gangguan tumbuh kembang anak (Soedjatmiko, 2001).

Pemeriksaan Neurologis Dasar

Pemeriksaan beberapa fungsi saraf kranial, sistem motorik (kekuatan otot, tonus otot, refleks-refleks), sistem sensorik, cara berjalan dan lain-lain dapat mendeteksi adanya gangguan tumbuh kembang anak (Soedjatmiko, 2001).

Skrining Perkembangan

Menurut batasan WHO, skrining adalah prosedur yang relatif cepat, sederhana dan murah untuk populasi yang asimtomatik tetapi mempunyai risiko tinggi atau dicurigai mempunyai masalah. Blackman (1992) menganjurkan agar bayi atau anak dengan risiko tinggi (berdasarkan anamnesis atau pemeriksaan fisik rutin) harus dilakukan skrining perkembangan secara periodik.

Sedangkan bayi atau anak dengan risiko rendah dimulai dengan kuesioner praskrining yang diisi atau dijawab oleh orang tua. Bila dari kuesioner dicurigai ada gangguan tumbuh kembang dilanjutkan dengan skrining. Alat ukur yang dapat digunakan Skrining perkembangan DENVER II, kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) (Soedjatmiko, 2001).

Pemeriksaan Lanjutan

Pemeriksaan lanjutan untuk menentukan diagnosis dan etiologinya tergantung kepada jenis gangguan tumbuh kembangnya, misalnya pemeriksaan neurologis (klinis, EEG, BERA dan lain-lain), radiologis, mata, THT, psikiatrik, psikologis, genetis (kromosom), endokrin dan lain-lain (Soedjatmiko, 2001).

Intervensi

Intervensi selanjutnya tergantung jenis gangguan tumbuh kembang dan faktor penyebabnya. Semakin kompleks gangguan tumbuh kembangnya dan etiologinya maka membutuhkan suatu tim yang lebih lengkap dan terkoordinir, antara lain dapat melibatkan spesialis anak, THT, mata, psikiater, rehabilitasi medik, ortopedi, psikolog, terapi wicara, fisioterapi, pendidik dan lain-lain (Soedjatmiko, 2001).

Bab 9

Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Kesehatan Pada Remaja

9.1 Pendahuluan

Remaja merupakan salah satu tahapan perkembangan manusia yang dinamis. Masa remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak ke dewasa. Pada masa ini terdapat perubahan fisik, kognitif, sosial maupun emosional. Perubahan emosional ini sering dikaitkan dengan adanya krisis identitas. Krisis identitas sering terjadi karena ketidakmampuan remaja dalam menemukan jati dirinya. Jika kondisi ini terjadi maka remaja biasanya akan mengalami ketidakstabilan emosional sehingga mudah marah, mudah tersinggung, bahkan bersifat agresif.

Selain terjadi perubahan emosional, pada masa remaja juga mengalami perubahan fisik. Perubahan fisik ditandai dengan mulai aktifnya organ reproduksi sekunder baik pada pria maupun wanita. Perubahan hormon juga terjadi pada usia remaja, sehingga banyak diantara remaja yang memiliki ketidakstabilan emosi. Variasi terjadinya pubertas pada seorang remaja juga menjadi salah satu pemicu sering timbulnya permasalahan.

Hal ini dikarenakan pada masa tersebut terjadi ketidakmatangan sosial dan kognitif (daya pikir) mereka (Buanasari, 2021). Keluarga merupakan orang terdekat yang memegang peranan penting dalam pembentukan kepribadian remaja. Keluarga merupakan orang yang mempunyai hubungan resmi, seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian, hubungan sosial (hidup bersama) dan adanya hubungan psikologi (ikatan emosional). Keluarga merupakan orang terdekat memegang peranan penting dalam pembentukan kepribadian anak. Hubungan orang tua-anak yang salah sering merupakan sumber gangguan penyesuaian diri (Tentika Happy Yunike, 2021).

Kegagalan remaja dalam menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi, akan menimbulkan rasa rendah diri, dikucilkan dari pergaulan, cenderung berperilaku asosial ataupun anti sosial, bahkan lebih ekstrem bisa menyebabkan gangguan jiwa.

Komunikasi orang tua dan anak adalah suatu proses hubungan antara orang tua (ibu dan ayah) dan anak yang merupakan jalinan yang mampu memberi rasa aman bagi anak melalui suatu hubungan yang memungkinkan keduanya untuk saling berkomunikasi sehingga adanya keterbukaan, percaya diri dalam menghadapi dan memecahkan masalah (Gunarsa dan Gunarsa, 2004). Pola asuh orang tua juga berpengaruh terhadap perkembangan kepribadian anak. Kondisi keluarga yang harmonis, saling terbuka, akrab, memberikan dampak yang positif terhadap perkembangan remaja (Dewi Lestari, 2021).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) jumlah pemuda di Indonesia sebanyak 64,92 juta jiwa, jumlah itu setara dengan 23,90% dari jumlah keseluruhan rakyat Indonesia. Mengingat remaja merupakan generasi penerus bangsa sehingga mereka harus bertumbuh kembang dengan baik. status kesehatan remaja sangatlah penting.

Di Indonesia sendiri terdapat empat masalah kesehatan yang dinilai paling sering dialami oleh remaja yaitu kekurangan zat besi (anemia), kurang tinggi badan (stunting), kurang energi kronia (kurus), dan kegemukan (obesitas). Hal ini sangatlah perlu diperhatikan dan diberikan asuhan yang tepat, karena masalah ini tidak hanya menyerang fisik saja, tetapi juga dapat menyerang psikis dan psikologi remaja.

Dengan diberikannya asuhan keperawatan yang tepat diharapkan remaja bisa bertumbuh dengan sehat sehingga bisa menjadi generasi penerus bangsa yang unggul (Soeroso, 2016).

Konsep Keluarga

Dalam sebuah keluarga mempunyai beberapa tipe keluarga (Andarmoyo, 2012):

1. Keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak, baik kandung maupun anak adopsi.
2. Keluarga dyad merupakan keluarga yang terdiri atas suami dan istri namun belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak.
3. Single parent merupakan keluarga yang terdiri atas satu orang tua saja dengan mengurus anak kandung maupun angkat.
4. Keluarga besar merupakan keluarga yang terdiri atas keluarga inti dan ditambah keluarga lain seperti paman, bibi, kakek, nenek, saudara sepupu dan sebagainya.

Keluarga memiliki banyak peran bagi individu, salah satunya untuk tumbuh dan berkembang. Keluarga memiliki fungsi afektif dimana keluarga akan membentuk sikap dan perilaku yang diajarkan oleh orang tua. Keluarga juga berfungsi dalam melanjutkan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Fungsi ekonomi dalam sebuah keluarga yaitu guna memenuhi kebutuhan kehidupan sehari-hari.

Fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi yang sangat penting dalam keberlangsungan hidup manusia, dimana keluarga merupakan support sistem terbaik ketika terjadi masalah kesehatan, ketika seseorang mengalami masalah kesehatan pastinya keluargalah yang akan merawat, mengambil keputusan yang tepat, mempertahankan dan menciptakan suasana rumah dan lingkungan sekitar yang bersih, nyaman, dan juga damai sehingga bisa turut andil dalam proses penyembuhan seseorang (Harnilawati, 2013).

Konsep Remaja

Menurut WHO (Who Health Organization) bahwa definisi remaja dikemukakan melalui tiga kriteria, yaitu biologis, psikologis, dan sosial-ekonomi dan remaja merupakan periode usia 10 sampai 19 tahun. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju dewasa, pada masa ini terjadi perubahan biologis, jika pada lelaki akan tumbuh jakun, mengalami mimpi basah, suara menjadi lebih besar, dan tumbuh rambut halus diarea ketiak dan kemaluan,

sedangkan pada perempuan akan mengalami menstruasi, tumbuh payudara, tumbuh rambut halus pada area ketiak dan kemaluan (Djama, 2017).

Perubahan psikologis yang terjadi ketika seseorang menginjak masa remaja adalah mulai tertarik pada lawan jenis, lebih mudah emosi, mulai mencari identitas dirinya, dan mampu mengungkapkan keinginannya sendiri. Pada masa ini status sosial remaja akan lebih bisa bersosialisasi dengan lingkungan barunya dan bisa lebih mandiri serta bertanggung jawab mengenai hidupnya (Rahayu, 2018).

Menurut Maslow ada beberapa kebutuhan yang harus dipenuhi pada masa remaja:

1. Kebutuhan fisiologis atau biologis adalah kebutuhan yang bersifat primer dan vital, meliputi pemenuhan kebutuhan gizi seperti makan dan minum, pakaian, tempat tinggal.
2. Kebutuhan rasa aman adalah kebutuhan untuk mempunyai rasa aman dan kebebasan ancaman dari luar.
3. Kebutuhan sosial adalah kebutuhan untuk diterima dan dihormati orang lain di lingkungan sosialnya.
4. Kebutuhan penghargaan adalah kebutuhan untuk dihargai oleh orang lain.
5. Kebutuhan akan aktualisasi diri adalah kebutuhan untuk mengapresiasi diri sendiri dengan kemampuan yang dimiliki.

Dari beberapa kebutuhan diatas dapat disimpulkan bahwa remaja mempunyai kebutuhan untuk perkembangan dan pertumbuhannya, ketika kebutuhan itu tidak terpenuhi dengan baik, misalnya kebutuhan fisiologis dalam pemenuhan gizinya tidak terpenuhi maka akan menimbulkan permasalahan kesehatan pada remaja, sama halnya jika kebutuhan lainnya tidak terpenuhi dengan baik maka akan menghambat bahkan akan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan remaja.

Remaja merupakan generasi penerus bangsa maka guna menjadi penerus bangsa yang baik dan unggul diperlukan pertumbuhan dan perkembangan yang baik.

9.2 Masalah Kesehatan Pada Remaja Di Indonesia

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) jumlah pemuda di Indonesia sebanyak 64,92 juta jiwa, jumlah itu setara dengan 23,90% dari jumlah keseluruhan rakyat Indonesia. Terdapat empat masalah kesehatan remaja di Indonesia diantaranya kekurangan zat besi (anemia), kurang tinggi badan (stunting), kurang energi kronis (kurus), dan kegemukan (obesitas).

Masalah kesehatan tersebut memerlukan perhatian khusus dari keluarga dan tenaga kesehatan, mengingat masa remaja merupakan masa labil dimana pada masa ini remaja sangatlah sensitif apalagi menyangkut dengan fisik, di era modern ini banyak sekali *bullying* yang terjadi, ketika mereka merasa dirinya tidak sesuai dengan apa yang diinginkan mereka akan melukai dirinya sendiri, bahkan juga bisa melukai orang lain (Siswantara, Soedirham and Muthmainnah, 2019).

Masalah kesehatan yang terjadi pada remaja Indonesia penyebab utamanya adalah masalah gizi. Karena masih banyaknya orang tua dan remaja yang kurang pengetahuan akan pemenuhan gizi yang harus dipenuhi guna perkembangan dan pertumbuhannya. Hal ini harus menjadi perhatian khusus bagi orang tua, tenaga kesehatan, dan juga pemerintah, selain kurangnya pengetahuan hal ini juga disebabkan karena status ekonomi, ketika status ekonomi rendah maka guna mencukupi kebutuhan gizinya pun akan kurang.

Oleh karena itu faktor terpenting adalah pemenuhan zat gizinya, dimana semakin bertumbuh seseorang maka asupan zat gizi yang diperlukan juga meningkat. Ketika kebutuhan itu tidak terpenuhi dengan baik maka akan mengakibatkan kesenjangan gizi baik itu gizi berlebih atau gizi kurang pada remaja.

Beberapa masalah kesehatan remaja di Indonesia diantaranya:

9.2.1 Anemia

Anemia adalah penurunan kadar hemoglobin (Hb), dimana penyebab utama dari anemia adalah kekurangan zat gizi, perdarahan yang berlebih, gangguan pembentukan eritrosit, dan proses penghancuran eritrosit oleh tubuh sebelum waktunya. Gejala dari seseorang yang menderita anemia adalah pusing, lesu,

mudah berkunang-kunang, aktivitas terganggu, cepat merasa lelah dan susah untuk berkonsentrasi.

Berdasarkan data Rikesdas 2018, penderita anemia di Indonesia tergolong tinggi. Anemia pada remaja memiliki persentase yang tinggi yaitu pada usia remaja laki-laki sebanyak 16,6% dan pada remaja perempuan sebanyak 22,7%. Remaja perempuan lebih banyak mengalami anemia dibandingkan dengan remaja laki-laki karena setiap bulan remaja perempuan mengalami menstruasi.

Ketika remaja perempuan mengalami menstruasi dengan pendarahan yang banyak maka risiko kehilangan zat besi. Kondisi inilah yang dapat mengakibatkan remaja perempuan mengalami anemia. Selain itu, penyebab lain dari anemia yaitu maraknya trend diet di kalangan remaja demi menjaga penampilannya. Diet yang diterapkan remaja banyak yang tidak seimbang. Kondisi ini juga dapat juga menyebabkan kekurangan zat besi yang akan berakibat anemia (Nasruddin, Syamsu and Permatasari, 2021).

Risiko yang terjadi pada remaja putri yang mengalami anemia ada dua yaitu risiko jangka pendek untuk risiko jangka pendeknya akan mengalami keterlambatan pertumbuhan fisik (stunting) dan maturitas seksualnya tertunda, selain itu juga bisa mengganggu aktivitas sehari-harinya, kemudian untuk risiko jangka panjangnya akan berpengaruh ketika ia sudah menikah dan hamil, ketika hamil maka ia harus memenuhi zat gizi untuk dirinya dan janinnya jika ia tidak mampu untuk memenuhi zat gizi tersebut maka akan menyebabkan komplikasi pada kehamilan dan persalinan, risiko kematian ibu dan bayi, bayi lahir prematur (Apriyanti, 2019).

9.2.2 Stunting

Remaja di Indonesia banyak yang mengalami stunting, yaitu kondisi dimana pertumbuhannya tidak sesuai dengan usianya. Hal ini disebabkan oleh status gizi yang kurang. Defisiensi zat besi dapat mempengaruhi tingkat pertumbuhan dan perkembangan remaja. Ketika hal itu tidak bisa terpenuhi dengan baik maka akan menyebabkan stunting. Selain itu remaja juga memerlukan zat besi guna pertumbuhannya dimana zat besi berpengaruh pada kadar Hb.

Ketika kadar Hb pada remaja rendah terutama pada remaja putri yang mengalami menstruasi setiap bulannya, maka ia membutuhkan zat gizi yang

banyak guna memenuhi kebutuhan tubuhnya. Kadar Hb yang rendah juga dapat mempengaruhi perkembangan kognitif pada remaja.

Risiko jangka panjang yang disebabkan oleh stunting bagi remaja adalah perawakan tubuh yang pendek, meningkatkan risiko obesitas, penurunan kesehatan reproduksi, dan dalam perkembangannya akan menurunkan rasa percaya dirinya, dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas (Saputri, 2019).

Dari hasil Riskesdes (2013) stunting di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2010 ke tahun 2013, didapati hasil bahwasanya pada tahun 2010 jumlah angka stunting berada pada 36,6% dengan kategori pendek 18,1% dan sangat pendek 18,5%, dan pada tahun 2013 angka stunting meningkat 0,6% yaitu menjadi 37,2% dengan kategori pendek yang meningkat menjadi 19,2% dan sangat pendek mengalami penurunan menjadi 18%.

Hal ini harus menjadi perhatian khusus bagi keluarga dan tenaga kesehatan dimana kebutuhan gizi pada remaja sangatlah penting.

9.2.3 Obesitas

Masalah kesehatan lain yang terjadi pada remaja di Indonesia adalah obesitas atau kegemukan. Obesitas atau kegemukan adalah penumpukan lemak yang berlebihan di dalam tubuh karena asupan energi yang masuk dengan yang dikeluarkan tidak seimbang akibatnya terjadi penumpukan lemak. Karakteristik status nutrisi yaitu BMI (Body Massa Index) atau juga disebut IMT (Indeks Massa Tubuh) merupakan metode pengukuran sederhana dari berat badan terhadap tinggi badan untuk mengetahui status gizi seseorang apakah terjadi obesitas (Mulyani et al., 2020).

Obesitas yang terjadi pada remaja sangatlah berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangannya. Obesitas sendiri bisa terjadi karena faktor genetik dimana ketika salah satu dari orang tua mereka mengalami obesitas maka 40-50% kemungkinan sang anak juga akan mengalami obesitas.

Kemudian faktor lingkungan seperti pola makan yang tidak dijaga dan mengonsumsi makanan yang tidak sehat seperti makanan yang berlemak, kadar gula tinggi, dan kurangnya serat, serta pola aktivitas ketika kita memasukkan energi yang banyak tetapi kita tidak mengeluarkan energi tersebut bisa jadi energi tersebut malah menjadi lemak yang akan menumpuk sehingga menyebabkan obesitas.

Faktor obat-obatan dan hormonal yaitu ketika seseorang mengonsumsi obat-obatan seperti obat jenis steroid, yang dapat meningkatkan nafsu makan yang bisa menyebabkan obesitas, dan hormonal seperti pil kb (Rizona et al., 2020).

Dari hasil Riskesdas 2018 dan Kemenkes 2018 didapati bahwasanya kasus obesitas pada remaja dengan rentang usia lebih dari 15 tahun terus meningkat dari tahun 2007 sampai 2018, pada tahun 2007 didapati hasil 18,8% remaja yang mengalami obesitas, tahun 2013 meningkat menjadi 26,6%, kemudian pada tahun 2018 meningkat lagi menjadi 31,0%.

Peningkatan persentase yang sangat tinggi, hal ini seharusnya bisa menjadi pembelajaran guna bisa menjalankan pola hidup sehat, karena ketika seseorang sudah mengalami obesitas maka akan mengalami penyakit yang berbahaya seperti hipertensi, pembentukan batu empedu, asma, jantung, diabetes, stroke, dan bahkan kematian.

Ketika seorang remaja mengalami obesitas pastinya selain mempengaruhi fisiknya juga akan mempengaruhi psikis dan psikologinya, pastinya ia akan merasa tidak pada dengan penampilannya, aktivitasnya akan terbatas, menjadi tertutup dan murung. Maka dari itu penting diberikan asuhan keperawatan yang tepat.

9.2.4 Kekurangan Energi Kronik (KEK)

KEK merupakan kondisi kekurangan asupan makanan yang bergizi dalam jangka panjang yang dapat mengakibatkan gangguan kesehatan. KEK sering disebut juga sebagai keadaan malnutrisi. Seorang remaja yang mengalami KEK ditandai dengan berat badannya kurang dari 40 kg dan memiliki lingkar lengan kurang dari 23,5 cm. Remaja yang mengalami KEK berisiko terkena infeksi.

Hal ini karena tidak adanya asupan gizi di dalam tubuh yang digunakan untuk melawan bakteri yang masuk ke dalam tubuh. Dari data Rikesdas 2018 didapat hasil bahwasanya pada usia 13-15 tahun remaja Indonesia mengalami KEK dengan persentase 8,7% dengan kategori kurus, kemudian pada usia 16-18 tahun remaja Indonesia mengalami KEK dengan persentase 8,1% dengan kategori sangat kurus, merupakan angka yang cukup tinggi dimana hal ini dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan remaja di Indonesia (Suwarni, 2017).

9.3 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Kesehatan Remaja

9.3.1 Anemia

1. Diagnosa keperawatan
 - a. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d penurunan konsentrasi Hb dan darah, suplai oksigen berkurang.
 - b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d *intake* yang kurang, anoreksia.
 - c. Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik.
 - d. Risiko infeksi.
 - e. Risiko gangguan integritas kulit b/d keterbatasan mobilitas
2. Intervensi
 - a. Bina hubungan saling percaya.
 - b. Lakukan pengkajian kepada klien dan keluarga mengenai masalah kesehatan yang terjadi.
 - c. Lakukan pemeriksaan kepada klien: Pengkajian TTV dan Pemeriksaan laboratorium.
 - d. Berikan pengertian mengenai anemia, tanda gejala anemia, dan komplikasi anemia kepada klien dan keluarga.
 - e. Berikan KIE mengenai pencegah anemia terhadap remaja.
 - f. Berikan pengetahuan kepada keluarga mengenai pentingnya dukungan keluarga dalam proses penyembuhan.
 - g. Lakukan kolaborasi dengan dokter dan apoteker dalam pemberian obat.
 - h. Lakukan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya ketika akan dilakukan tindakan lebih lanjut.
3. Evaluasi
 - a. Keluarga dan klien percaya dengan tenaga medis dalam memberikan asuhan keperawatan.
 - b. Klien dan keluarga mengetahui mengenai anemia, tanda gejala, dan komplikasi yang mungkin terjadi.

- c. Klien dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan TTV dan Laboratorium.
- d. Klien dan keluarga mengetahui bagaimana pencegahan anemia yang tepat.
- e. Keluarga memberikan dukungan kepada klien dalam proses penyembuhan.
- f. Masalah kesehatan yang terjadi dapat teratasi.

9.3.2 Stunting

1. Diagnosa Keperawatan

Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.

2. Intervensi

- a. Bina hubungan saling percaya.
- b. Lakukan Pengkajian kepada klien dan keluarga mengenai masalah kesehatan yang terjadi.
- c. Lakukan pemeriksaan dengan pengukuran TB dan BB.
- d. Jelaskan mengenai stunting, defisit nutrisi, dan gejala, serta komplikasi yang mungkin terjadi.
- e. Jelaskan pentingnya nutrisi dan kebutuhan nutrisi bagi remaja
- f. Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan makanan yang disukai
- g. Anjurkan pada klien untuk makan sedikit tetapi sering
- h. Kolaborasi dengan tenaga medis lainnya jika diperlukan

3. Evaluasi

- a. Klien dan keluarga percaya dengan tenaga medis dalam memberikan asuhan Kesehatan.
- b. Klien dan keluarga mengerti mengenai stunting, defisit nutrisi, dan gejala serta komplikasi yang mungkin terjadi.
- c. Keadaan umum klien baik.
- d. Keluarga dapat memenuhi kebutuhan nutrisi dengan baik.
- e. Keluarga memberikan dukungan kepada klien.

9.3.3 Obesitas

1. Diagnosa keperawatan
 - a. Obesitas b/d kurang aktivitas fisik.
 - b. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan obesitas.
2. Intervensi
 - a. Bina hubungan saling percaya.
 - b. Lakukan pengkajian kepada klien dan orang tua mengenai masalah kesehatan yang terjadi.
 - c. Lakukan pemeriksaan pengukuran TB dan BB serta pengukuran IMT.
 - d. Berikan pengertian mengenai Obesitas, tanda gejala, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
 - e. Berikan pengertian kepada klien dan keluarga agar mengatur pola makan serta kriteria makanan yang baik untuk dikonsumsi.
 - f. Berikan pengertian kepada keluarga betapa pentingnya dukungan keluarga dalam proses penyembuhan.
 - g. Kolaborasi dengan tenaga medis lainnya jika diperlukan tindakan lanjut.
3. Evaluasi
 - a. Klien dan keluarga percaya dengan tenaga medis dalam memberikan asuhan Kesehatan.
 - b. Klien dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan.
 - c. Klien dan keluarga mengerti mengenai obesitas, tanda gejala, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
 - d. Klien dan keluarga dapat menerapkan pola hidup sehat.
 - e. Keluarga memberikan dukungan kepada klien dalam proses asuhan Kesehatan.

9.3.4 KEK (Kekurangan Energi Kronik)

1. Diagnosa keperawatan
Kekurangan nutrisi dari kebutuhan tubuh b/d yang kurang
2. Intervensi

- a. Bina hubungan saling percaya.
 - b. Lakukan pengkajian kepada klien dan keluarga mengenai masalah kesehatan yang terjadi.
 - c. Lakukan pemeriksaan dengan pengukuran TB dan BB serta pengukuran LiLA.
 - d. Berikan penjelasan mengenai KEK, tanda gejala, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
 - e. Berikan penjelasan mengenai pentingnya nutrisi dan kebutuhan nutrisi pada remaja
 - f. Berikan penjelasan kepada keluarga mengenai pentingnya dukungan keluarga dalam proses penyembuhan
 - g. Kolaborasi dengan tenaga medis lainnya jika diperlukan tindakan lanjut
3. Evaluasi
- a. Klien dan keluarga percaya kepada tenaga medis dalam memberikan asuhan Kesehatan.
 - b. Klien dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan.
 - c. Klien dan keluarga mengetahui mengenai KEK, tanda gejala, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
 - d. Klien dan keluarga mengerti mengenai kebutuhan nutrisi yang harus dipenuhi.
 - e. Keluarga memberikan dukungan terhadap masalah yang dihadapi klien.

Bab 10

Konsep Keperawatan Komunitas

10.1 Pendahuluan

Proses keperawatan tidak hanya mencakup masalah individu namun juga meliputi keluarga, kelompok serta masyarakat pada umumnya. Paradigma pelayanan keperawatan yang mengalami perubahan menjadi upaya promotif dan preventif semakin menekankan peran perawat yang tidak hanya membantu seorang individu untuk bebas dari penyakit yang diderita namun juga lebih pada menstimulasi tumbuhnya kemandirian masyarakat dalam melaksanakan upaya preventif dan promotif yang pada akhirnya mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Perawat sebagai pemberi asuhan yang komprehensif mampu menekan stresor dan meningkatkan peran komunitas dalam mengatasi stresor melalui upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier. Upaya ini dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan sekaligus memberikan perhatian kepada masyarakat serta memberi kemampuan pada masyarakat untuk mampu mempertimbangkan pengaruh masalah kesehatan masyarakat terhadap kesehatan individu, keluarga atau kelompok (Fallen & Dwi K, 2010). Kesadaran yang dimiliki masyarakat akan

memunculkan upaya untuk menyumbangkan tenaga, dana, pikiran dan kemampuan untuk melaksanakan upaya kesehatan.

Keperawatan Komunitas merupakan pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan pada masyarakat dengan risiko tinggi agar mampu mencapai status derajat kesehatan yang optimal melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan dan rehabilitasi dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan keperawatan (CHN, 1977).

Menurut *American Nurses Association* (ANA) (1973) *Community Health Nursing* (CHN) *is a synthesis of nursing practice and public health practice applied to promoting and preserving the health of population*. Jadi keperawatan komunitas merupakan suatu sintesa dari praktik ilmu keperawatan dengan ilmu kesehatan masyarakat yang diaplikasikan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat tanpa membatasi kelompok yang diberikan asuhan keperawatan.

Seluruh masyarakat tanpa memandang umur dan golongan tertentu terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan komunitas. Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontinu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Wahyudi, 2010).

Beberapa pengertian keperawatan komunitas diatas dapat disimpulkan bahwa keperawatan komunitas merupakan suatu penerapan asuhan keperawatan yang memadukan ilmu keperawatan dan kesehatan masyarakat dalam melibatkan dukungan dan peran aktif masyarakat dalam melaksanakan pelayanan preventif dan kuratif secara komprehensif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Tujuan umum asuhan keperawatan komunitas adalah meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal, yang berarti masyarakat tidak hanya terbebas dari penyakit namun mampu produktif sampai usia senja.

Sedangkan tujuan khusus pemberian asuhan keperawatan komunitas menurut R Fallen dan R Budi Dwi K (2010) antara lain:

1. Meningkatnya pemahaman masyarakat tentang konsep sehat dan sakit.
2. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga dan kelompok serta masyarakat pada umumnya untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka menangani masalah keperawatan.
3. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus di rumah, panti dan di masyarakat yang membutuhkan pembinaan dan asuhan keperawatan
4. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
5. Terlayaninya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok risiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di Puskesmas.
6. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat optimal.

Pencapaian tujuan pemberian asuhan keperawatan komunitas bukan hanya merupakan tanggung jawab dari perawat namun lebih pada seluruh anggota masyarakat.

Adapun fungsi pemberian asuhan keperawatan komunitas menurut Mubarak (2006) antara lain adalah sebagai berikut:

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 di bidang 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.

10.2 Area Praktik Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas merupakan praktik upaya promotif dan proteksi kesehatan pada sekelompok populasi manusia dengan menggunakan ilmu keperawatan, sosial dan kesehatan masyarakat (American Public Health Association, 1996).

Praktik yang dilakukan berfokus pada populasi dengan tujuan utama peningkatan kesehatan, mencegah penyakit serta kecacatan untuk semua kelompok masyarakat melalui kondisi yang diciptakan di mana orang bisa menjadi sehat dan lebih sehat dari semula. Perawat kesehatan komunitas bisa bekerja sama dengan komunitas dan populasi untuk mengurangi risiko angka kesakitan serta meningkatkan, mempertahankan dan memperbaiki kembali kesehatan.

Perawat kesehatan komunitas melakukan advokasi untuk merubah suatu sistem dan mengaplikasikan konsep pengorganisasian dan pengembangan komunitas, koordinasi perawatan, pendidikan kesehatan, kesehatan lingkungan dan ilmu kesehatan masyarakat. Perawat Kesehatan komunitas bekerja sama dengan populasi dan berbagai kelompok yang meliputi anggota dari tim kesehatan masyarakat seperti epidemiologi, pekerja sosial, nutrisisionis dan pendidik kesehatan.

1. Organisasi kesehatan pemerintah.
2. Penyedia layanan kesehatan.
3. Organisasi dan koalisi masyarakat.
4. Unit pelayanan komunitas seperti sekolah, lembaga bantuan hukum dan unit gawat darurat.
5. Industri dan bisnis.
6. Institusi penelitian dan pendidikan.

Menurut Depkes RI (2006), pelayanan keperawatan komunitas dapat diberikan langsung pada semua tatanan pelayanan kesehatan seperti:

1. Unit pelayanan kesehatan yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap (Rumah Sakit, Puskesmas, dan lain lain).
2. Rumah
Perawat *home care* memberikan pelayanan pada keluarga di rumah yang menderita penyakit akut maupun kronis. Peran *home care* adalah untuk meningkatkan fungsi keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang sakit ataupun yang berisiko.
3. Sekolah
Perawat sekolah dapat melakukan perawat *day care*, selain itu dapat juga melakukan pemeriksaan secara keseluruhan (*screening*), mempertahankan kesehatan dan memberikan pendidikan kesehatan.
4. Tempat kerja atau industri
Perawat melakukan kegiatan perawatan langsung dengan kasus kesakitan atau kecelakaan minimal di tempat kerja dan industri. Selain itu perawat juga memberikan pendidikan kesehatan.
5. Barak penampungan
Perawat memberikan tindakan langsung pada kasus penyakit akut, kronis serta kecacatan fisik ganda dan mental.
6. Kegiatan Puskesmas Keliling.
Diberikan kepada individu, kelompok masyarakat di pedesaan dan kelompok terlanjar. Bentuk pelayanan seperti pengobatan sederhana, *screening* kesehatan, kasus penyakit akut dan kronis, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit.
7. Panti atau kelompok khusus lain seperti panti asuhan anak, panti wreda, panti sosial, rumah tahanan.
8. Pelayanan pada kelompok risiko tinggi:
 - a. Kelompok wanita, anak dan lansia yang mendapat perlakuan kekerasan.
 - b. Pusat pelayanan kesehatan jiwa dan penyalahgunaan obat.
 - c. Tempat penampungan kelompok dengan HIV/AIDS dan Wanita Tuna Susila.

10.3 Sasaran Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas menurut Anderson (1988) memiliki 3 tingkatan yaitu:

1. Tingkat individu

Perawat memberikan asuhan keperawatan pada individu yang memiliki masalah kesehatan tertentu seperti penderita HIV/AIDS, kolera, diare atau bahkan ibu hamil dan anak dengan gangguan tumbuh kembang yang ditemukan di klinik, atau puskesmas dengan sasaran dan pusat perhatian pada masalah kesehatan dan pemecahan masalah kesehatan pada individu.

2. Tingkat keluarga

Pada tingkat keluarga sasaran kegiatan adalah keluarga yang salah satu anggotanya mengalami masalah kesehatan tertentu yang meliputi keluarga dengan anggota keluarga yang risiko tinggi seperti ibu hamil dengan anemia, hipertensi, riwayat perdarahan ataupun eklampsia dan keluarga yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan seperti keluarga dengan ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan *antenatal care* (ANC) secara rutin, keluarga pasien TBC yang memiliki riwayat *drop out* dan lain-lain.

Pada tingkat ini perawat mengukur pelaksanaan tugas keluarga yang meliputi pengenalan masalah kesehatan, pengambilan keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan yang muncul, memberikan perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan yang sehat serta memanfaatkan sumber daya masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan keluarga.

3. Tingkat komunitas

Pada tingkat ini, perawat melihat sasaran sebagai kesatuan yang utuh dalam komunitas sebagai klien yang diberikan pembinaan, misalnya pembinaan pada kelompok khusus masyarakat (contohnya masyarakat penderita kusta di Dusun Sumber Glagah Desa Tanjung Kenongo Kec. Pacet Kab. Mojokerto), dan pembinaan desa atau masyarakat bermasalah (misalnya upaya asuhan keperawatan

komunitas yang dilakukan oleh mahasiswa dan dosen Program Studi D3 Keperawatan Politeknik Kesehatan Majapahit tahun 2017 di Dusun Glonggongan Desa Sumber Tebu Kecamatan Bangsal Kabupaten Mojokerto dengan permasalahan utama penyakit tidak menular (PTM) yang meliputi hipertensi, diabetes melitus dan lain-lain.

Kriteria Masyarakat Binaan

Masyarakat yang dijadikan binaan dalam asuhan keperawatan komunitas memiliki kriteria sebagai berikut:

1. Mudah dijangkau.
2. Mampu berkomunikasi terhadap keluarga dengan baik.
3. Minat dan tanggapan keluarga positif.
4. Kategori status sosial ekonomi yang rendah.
5. Tersedia wadah peran serta masyarakat (posyandu, dana sehat, dasa wisma, PKK, polindes dan lain lain).
6. Tidak terlalu rawan daerahnya.

Kegiatan Dalam Asuhan Keperawatan Komunitas

Dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas, kegiatan yang ditekankan adalah upaya preventif dan promotif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif.

1. Upaya promotif
 - a. Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan jalan memberikan penyuluhan kesehatan masyarakat.
 - b. Peningkatan gizi.
 - c. Pemeliharaan kesehatan perorangan.
 - d. Pemeliharaan kesehatan lingkungan.
 - e. Olahraga secara teratur.
 - f. Rekreasi.
 - g. Pendidikan seks.

2. Upaya preventif

Upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan terhadap kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui kegiatan:

- a. Imunisasi massal terhadap bayi, balita serta ibu hamil
Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas maupun kunjungan rumah.
- b. Pemberian vitamin A dan yodium melalui posyandu, puskesmas ataupun di rumah. Pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui.

3. Upaya kuratif

Upaya kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga, kelompok dan masyarakat yang menderita penyakit atau masalah kesehatan, melalui kegiatan:

- a. Perawatan orang sakit di rumah (home nursing).
- b. Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas dan rumah sakit.
- c. Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis di rumah, ibu bersalin dan nifas.
- d. Perawatan payudara.
- e. Perawatan tali pusat bayi baru lahir.

4. Upaya rehabilitatif

Upaya rehabilitatif merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat di rumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misalnya kusta, TBC, cacat fisik dan lainnya., dilakukan melalui kegiatan:

- a. Latihan fisik, baik yang mengalami gangguan fisik seperti penderita kusta, patah tulang maupun kelainan bawaan.
- b. Latihan-latihan fisik tertentu bagi penderita- penderita penyakit tertentu, misalnya TBC, latihan nafas dan batuk, penderita stroke: fisioterapi manual yang mungkin dilakukan oleh perawat.

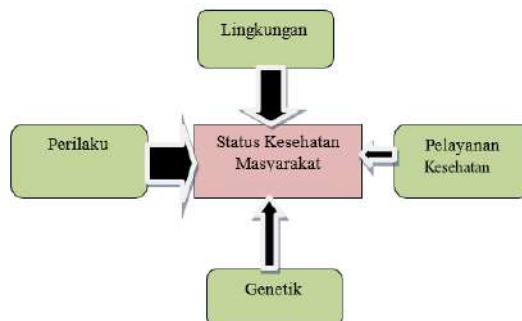
5. Upaya Resosialitatif

Upaya resosialitatif adalah upaya mengembalikan individu, keluarga dan kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat, diantaranya adalah kelompok-kelompok yang diasingkan oleh masyarakat karena menderita suatu penyakit, misalnya kusta, AIDS, atau kelompok-kelompok masyarakat khusus seperti Wanita Tuna Susila (WTS), tuna wisma dan lain- lain.

Di samping itu, upaya resosialisasi meyakinkan masyarakat untuk dapat menerima kembali kelompok yang mempunyai masalah kesehatan tersebut dan menjelaskan secara benar masalah kesehatan yang mereka derita. Hal ini tentunya membutuhkan penjelasan dengan pengertian atau batasan-batasan yang jelas dan dapat dimengerti (Sumantri, B., 2011).

10.4 Faktor Memengaruhi Kesehatan

Menurut Hendrik L Blum (1980) ada 4 faktor utama yang memengaruhi kesehatan masyarakat diantaranya digambarkan dalam diagram sebagai berikut.



Gambar 10.1: Faktor Utama Yang Memengaruhi Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan gambar diatas menjelaskan bahwa besaran panah menunjukkan besar pengaruh keempat faktor tersebut terhadap derajat kesehatan. Faktor

perilaku memiliki pengaruh yang paling besar sedangkan faktor genetik memiliki pengaruh yang paling kecil.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Lawrence Green tahun 1995 yang menjelaskan bahwa faktor yang paling dominan dalam memengaruhi derajat kesehatan masyarakat adalah faktor perilaku.

Faktor Perilaku

Lingkungan yang mendukung gaya hidup bersih juga berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan. Dalam kehidupan di sekitar kita dapat kita rasakan, daerah yang kumuh dan tidak dirawat biasanya banyak penduduknya yang mengidap penyakit mengidap penyakit seperti: gatal-gatal, infeksi saluran pernafasan, dan infeksi saluran pencernaan.

Penyakit demam berdarah juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Lingkungan yang tidak bersih, banyaknya tempat penampungan air yang tidak pernah dibersihkan menyebabkan perkembangan nyamuk *aedes aegypti* penyebab demam berdarah meningkat. Hal ini menyebabkan penduduk di sekitar memiliki risiko tergigit nyamuk dan tertular demam berdarah.

Faktor Lingkungan

Faktor ini terutama di negara berkembang paling besar pengaruhnya terhadap munculnya gangguan kesehatan atau masalah kesehatan i masyarakat. Tersedianya jasa pelayanan kesehatan (health service) tanpa disertai perubahan tingkah laku (peran serta) masyarakat akan mengakibatkan masalah kesehatan tetap potensial berkembang di masyarakat.

Misalnya, Penyediaan fasilitas dan imunisasi tidak akan banyak manfaatnya apabila ibu-ibu tidak datang ke pos-pos imunisasi. Perilaku ibu-ibu yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang sudah tersedia adalah akibat kurangnya pengetahuan ibu-ibu tentang manfaat imunisasi dan efek sampingnya. Pengetahuan ibu-ibu akan meningkat karena adanya penyuluhan kesehatan tentang imunisasi yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Perilaku individu atau kelompok masyarakat yang kurang sehat juga akan berpengaruh pada faktor lingkungan yang memudahkan timbulnya suatu penyakit. Perilaku yang sehat akan menunjang meningkatnya derajat kesehatan, hal ini dapat dilihat dari banyaknya penyakit berbasis perilaku dan gaya hidup. Kebiasaan pola makan yang sehat dapat menghindarkan diri kita dari banyak penyakit, diantaranya penyakit jantung, darah tinggi, stroke, kegemukan, diabetes mellitus dan lain-lain. Perilaku/kebiasaan mencuci

tangan sebelum makan juga dapat menghindarkan kita dari penyakit saluran cerna seperti diare dan lainnya.

Faktor Pelayanan Kesehatan

Ketersediaan pelayanan kesehatan, dan pelayanan kesehatan yang berkualitas akan berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan yang diimbangi dengan kelengkapan sarana/prasarana, dan dana akan menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan seperti ini akan mampu mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan yang berkembang di suatu wilayah atau kelompok masyarakat.

Misalnya, jadwal imunisasi yang teratur dan penyediaan vaksin yang cukup sesuai dengan kebutuhan, serta informasi tentang pelayanan imunisasi yang memadai kepada masyarakat akan meningkatkan cakupan imunisasi. Cakupan imunisasi yang tinggi akan menekan angka kesakitan akibat penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi.

Saat ini pemerintah telah berusaha memenuhi 3 aspek yang sangat terkait dengan upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya memenuhi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan membangun Puskesmas, Pustu, Bidan Desa, Pos Obat Desa, dan jejaring lainnya. Pelayanan rujukan juga ditingkatkan dengan munculnya rumah sakit- rumah sakit baru di setiap Kab/Kota.

Faktor Genetik

Faktor ini paling kecil pengaruhnya terhadap kesehatan perorangan atau masyarakat dibandingkan dengan faktor yang lain. Pengaruhnya pada status kesehatan perorangan terjadi secara evolutif dan paling sukar dideteksi. Untuk itu perlu dilakukan konseling genetik. Untuk kepentingan kesehatan masyarakat atau keluarga, faktor genetik perlu mendapat perhatian di bidang pencegahan penyakit.

Misalnya seorang anak yang lahir dari orang tua penderita diabetes melitus akan mempunyai risiko lebih tinggi dibandingkan anak yang lahir dari orang tua bukan penderita DM. Untuk upaya pencegahan, anak yang lahir dari penderita DM harus diberi tahu dan selalu mewaspadai faktor genetik yang diwariskan orang tuanya.

Oleh karenanya, ia harus mengatur dietnya, teratur berolahraga dan upaya pencegahan lainnya sehingga tidak ada peluang faktor genetiknya

berkembang menjadi faktor risiko terjadinya DM pada dirinya. Jadi dapat diumpamakan, genetik adalah peluru (bullet) tubuh manusia adalah pistol (senjata), dan lingkungan/perilaku manusia adalah pelatuknya (trigger).

Semakin besar penduduk yang memiliki risiko penyakit bawaan akan semakin sulit upaya meningkatkan derajat kesehatan. Oleh karena itu perlu adanya konseling perkawinan yang baik untuk menghindari penyakit bawaan yang sebenarnya dapat dicegah munculnya. Akhir-akhir ini teknologi kesehatan dan kedokteran semakin maju. Teknologi dan kemampuan tenaga ahli harus diarahkan untuk meningkatkan upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Bab 11

Konsep Pengorganisasian Komunitas

11.1 Pendahuluan

Untuk mengatasi persoalan kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat, tenaga profesional kesehatan masyarakat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang khusus. Mereka harus mampu mengidentifikasi masalah, mengembangkan suatu rencana untuk menyelesaikan setiap masalah, mengumpulkan sumber yang diperlukan untuk menjalankan rencana tersebut, dan kemudian mengevaluasi hasil untuk menentukan derajat kemajuan yang berhasil dicapai.

Metode epidemiologi sebagai suatu alat yang sangat penting bagi profesional kesehatan masyarakat. Dalam bab ini, kita akan membahas kemampuan penting yang harus dikuasai oleh setiap tenaga kesehatan masyarakat: keterampilan untuk mengatur suatu masyarakat dan keterampilan untuk merencanakan sebuah pengorganisasian masyarakat.

11.2 Pembangunan/Pengorganisasian Masyarakat

Masalah kesehatan masyarakat bisa saja kecil dan sederhana ataupun besar dan kompleks. Masalah kecil dan sederhana yang bersifat lokal dan melibatkan sedikit orang dapat diselesaikan melalui bantuan sekelompok kecil masyarakat dan pengaturan yang minimal. Masalah yang lebih besar dan kompleks yang melibatkan seluruh lapisan masyarakat membutuhkan keterampilan dan sumber daya yang signifikan untuk penyelesaiannya. Untuk masalah semacam itu, upaya yang lebih besar harus dikerahkan untuk mengatur warga suatu komunitas agar mau bekerja sama menerapkan solusi akhir untuk masalah mereka itu.

Pemanfaatan kolaborasi masyarakat untuk mencegah tindakan kekerasan, dan bukan mengandalkan penegakan hukum saja, merupakan strategi baru yang dapat diterima secara luas. Walau begitu, di saat yang sama, mereka yang menjalankannya harus berhadapan dengan sejumlah persoalan pragmatis. Salah satunya adalah bagaimana cara meleburkan visi keterlibatan masyarakat tersebut ke dalam upaya keseharian organisasi.

Lagi pula, pengatur kalangan profesional kesehatan, atau sukarelawan, yang memandang janji untuk mengajukan lingkungan sosial sebagai cara untuk mempromosikan kesehatan mungkin akan menyadari perlunya meyakinkan orang lain akan manfaat pendekatan masyarakat tertentu.

Istilah organisasi masyarakat (community organization) diajukan oleh pekerja sosial di akhir tahun 1880 untuk menjelaskan upaya mereka dalam mengkoordinasikan layanan bagi imigran yang baru tiba dan miskin. Belakangan ini, organisasi masyarakat telah dimanfaatkan oleh berbagai profesi, termasuk tenaga kesehatan masyarakat, dan istilah tersebut mengacu pada berbagai metode intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah sosial.

Resminya, pengorganisasian masyarakat didefinisikan sebagai suatu "proses untuk membantu masyarakat dalam mengenali masalah atau tujuan umum, memobilisasi sumber daya, dan dengan cara lain membangun serta menerapkan strategi untuk mencapai tujuan yang telah mereka tetapkan bersama. Pengorganisasian masyarakat bukan sebuah ilmu, melainkan sebuah

seni pembentukan kesepakatan dalam suatu proses yang demokratis (Luanaigh and Carison, 2008).

Kebutuhan Akan Pengorganisasian Masyarakat

Dalam tahun-tahun belakangan ini, kebutuhan untuk mengorganisasikan masyarakat tampak meningkat. Kemajuan di bidang elektronik (Televisi), komunikasi (Telepon genggam, mesin FAX, dan Internet), dan perangkat rumah tangga yang lain (pengatur suhu udara), dan peningkatan mobilitas (auto mobil dan pesawat terbang) mengakibatkan hilangnya suatu rasa kebersamaan. Individu menjadi semakin mandiri dari sebelumnya. Masa-masa saat warga saling mengenal dengan tetangganya sudah terlalu. Sekarang, bukan hal luar biasa jika ada warga yang tidak pernah bertemu dengan tetangganya.

Pada kasus lain, ada warga yang berbincang atau menemui tetangganya satu atau dua kali dalam setahun. Karena adanya perubahan dalam struktur sosial masyarakat ini, diperlukan suatu keterampilan khusus untuk mengorganisasikan masyarakat agar mau bekerja sama demi kepentingan bersama, Perhatikan bahwa manfaat dari keterampilan pengorganisasian masyarakat bukan di bidang kesehatan masyarakat saja (Picket and Kalon, 2009).

Asumsi Pengorganisasian Masyarakat

Menurut Ross, mereka yang mengorganisasikan masyarakat menjalankannya sembari menyusun asumsi tertentu. Garis besar asumsi yang diuraikan Ross dapat dirangkum sebagai berikut:

1. Komunitas manusia dapat mengembangkan kapasitas untuk mengatasi masalah mereka sendiri.
2. Manusia ingin berubah dan dapat berubah.
3. Manusia harus berpartisipasi dalam penyusunan, penyesuaian, dan pengendalian perubahan besar yang berlangsung dalam komunitas mereka.
4. Perubahan dalam kehidupan masyarakat, yang dipaksakan atau dikembangkan sendiri, memiliki makna dan kelangsungan yang tidak dimiliki oleh perubahan yang dipaksakan.
5. Suatu "pendekatan holistik" dapat mengatasi masalah dengan efektif yang tidak dapat diatasi oleh "pendekatan yang terpecah belah".

6. Demokrasi membutuhkan partisipasi dan tindakan kooperatif dalam menghadapi urusan masyarakat, dan manusia harus mempelajari keterampilan yang dapat mewujudkan hal tersebut (Picket and Kalon, 2009).

Metode Pengorganisasian Masyarakat

Tidak ada satu metode pun yang lebih baik untuk mengorganisasikan masyarakat. Kenyataannya, suatu hasil penelaahan yang cermat mengungkap bahwa beberapa pendekatan yang melainkan justru lebih efektif, yang mendorong Rothman and Tropman untuk menyatakan, "kita akan membahas metode-metode pengorganisasian masyarakat bukan metode pengorganisasian masyarakat"

Beberapa metode untuk memformalisasikan organisasi masyarakat memanfaatkan teknik revolusioner. Pada tahun 1960-an, saat terdapat banyak demonstrasi yang menyatakan ketidakpuasan di Amerika dan target upaya pengorganisasian adalah pada kewenangan di segala tingkatan, teknik revolusioner memang tepat.

Namun, dalam tahun-tahun terakhir, ada tiga metode pokok organisasi masyarakat yang dikembangkan-pengembangan lokal, perencanaan sosial, dan kegiatan sosial. Pengembangan lokal didasarkan pada konsep umum partisipasi swabantu dari masyarakat lokal. "Konsep itu sangat berorientasi pada proses, dan memberikan tekanan pada kesepakatan serta kerja sama yang ditujukan untuk pembentukan identitas kelompok dan rasa kebersamaan."

Perencanaan sosial "merupakan konsep yang sangat berorientasi pada tugas, dan memberikan tekanan pada pemecahan masalah empiris secara rasional" dan melibatkan berbagai tingkatan partisipasi dari banyak orang dan perencanaan luar.

Metode ketiga, kegiatan sosial, merupakan "konsep yang berorientasi pada tugas maupun pada proses" dan terbukti efektif. dalam membantu mengelola segmen-segmen yang tidak menguntungkan pada populasi. Metode ketiga ini kerap melibatkan upaya untuk meredistribusikan kekuasaan atau sumber daya, yang memungkinkan terjadinya perubahan pada institusi maupun pada masyarakat. Saat ini, metode ini mulai jarang digunakan, tetapi sangat bermanfaat di masa perjuangan hak-hak sipil dan kaum gay dan di lingkungan lain yang penduduknya mendapat tekanan.

Masing-masing dari ketiga metode organisasi masyarakat di atas menunjukkan sedikit perbedaan satu sama lain. Namun, ketiganya bergerak di seputar tema yang sama: Aktivitas dan sumber daya dari banyak orang memiliki peluang yang jauh lebih baik untuk menyelesaikan masalah daripada aktivitas dan sumber daya beberapa orang. Lingkup buku ajar ini tidak akan membahas secara lengkap masing-masing metode tersebut. Alih-alih dalam uraian selanjutnya penulis akan menyajikan model hipotesis dari suatu organisasi masyarakat yang dikembangkan berdasarkan elemen masing-masing metode tersebut,

11.3 Proses Pengorganisasian/ Pembangunan Masyarakat

McKenzie dan Smeltzer" merangkum hasil penelitian beberapa rekannya guna menyusun pendekatan umum 10 langkah untuk pengorganisasian/pembangunan masyarakat. Pendekatan mereka sangat bergantung pada perencanaan sosial, tetapi juga mencakup beberapa elemen tertentu dari pembangunan lokal, kegiatan sosial dan pembangunan masyarakat.

Sepuluh langkah ini akan dibahas secara ringkas dalam bagian berikut:

Pengenalan Masalah

Proses pengorganisasian/pembangunan masyarakat di mulai saat seseorang mengenali bahwa suatu masalah ada di dalam suatu masyarakat dan memutuskan untuk melakukan sesuatu mengenai hal tersebut. Orang ini kemudian disebut sebagai pengatur. Untuk memenuhi tujuan pembahasan ini, kira anggap masalahnya adalah tindakan kekerasan.

Penduduk dalam kebanyakan komunitas menginginkan komunitas yang bebas dari kekerasan, tetapi dapat tinggal di suatu komunitas yang tidak pernah mengalami tindakan kekerasan sedikit pun merupakan hal yang sangat luar biasa. Seberapa besar kekerasan yang sudah melampaui batas? Dalam komunitas kota kecil, derajat kekerasan yang dapat diterima akan sangat rendah, sementara di kota besar, derajat yang dapat diterima jauh lebih besar.

Penduduk, atau pengatur, yang pertama kali mengenali suatu masalah di masyarakat dan memutuskan untuk bertindak bisa saja merupakan anggota dari masyarakat itu sendiri atau orang dari luar masyarakat itu. Jika mereka yang memulai organisasi masyarakat itu merupakan anggota masyarakat sendiri, maka pergerakannya dikatakan bersifat mendasar, dipicu oleh warga, atau dikelola dari bawah ke atas (bottom-up). Anggota masyarakat yang mungkin mengenali kekerasan sebagai suatu masalah, antara lain, guru, polisi atau warga yang peduli lainnya. Jika organisasi masyarakat dimulai oleh mereka yang berasal dari luar masyarakat, masalah tersebut dikatakan dikelola dari atas ke bawah (top-down) atau dari luar ke dalam (outside-in).

Orang dari luar masyarakat yang mungkin memulai organisasi dapat melibatkan seorang hakim yang memimpin kasus kekerasan, seorang pekerja sosial yang menangani kasus kekerasan keluarga, atau kelompok yang aktif secara politis menentang perilaku kekerasan di mana pun terjadinya. Jika orang yang mengenali masalah tersebut bukan anggota masyarakat, harus dilakukan suatu upaya agar mereka yang berada dalam masyarakat menyadari masalah tersebut.

Pengkajian Masyarakat

Di awal-awal bab ini sudah disebutkan tiga metode pokok untuk mengorganisasi suatu masyarakat-pengembangan lokal, perencanaan sosial, dan kegiatan sosial. Masing-masing strategi itu bekerja berdasarkan "asumsi bahwa masalah dalam masyarakat dapat diatasi oleh masyarakat itu sendiri yang sudah terorganisasi lebih baik atau terorganisasi dalam bentuk lain, dan masing-masing strategi itu memiliki cara pandang sendiri terhadap masalah serta cara dan siapa yang akan mengorganisasikannya agar dapat diselesaikan dengan cara yang sedikit berbeda".

Yang bertentangan dengan strategi tersebut adalah pembangunan masyarakat. Pembangunan masyarakat "merupakan suatu orientasi bagi masyarakat yang berbasis kekuatan bukan berbasis kebutuhan, dan lebih ditekankan pada identifikasi, pengembangan, dan pemetikan hasil dari aset masyarakat". Dengan demikian, salah satu perbedaan utama antara pengorganisasian masyarakat dan pembangunan masyarakat adalah jenis pengkajian yang digunakan untuk menentukan arah fokus upaya masyarakat.

Pada pendekatan pengorganisasian masyarakat, pengkajian difokuskan pada kebutuhan masyarakat, sedangkan pada pembangunan masyarakat, pengkajian difokuskan pada aset dan kemampuan masyarakat. Ada asumsi yang

menyatakan bahwa gambaran yang lebih jelas akan masyarakat akan terungkap dan basis yang lebih kuat akan dikembangkan untuk mengadakan perubahan jika pengkajian mencakup identifikasi baik terhadap kebutuhan maupun aset/kapasitas dan melibatkan mereka yang tinggal dalam masyarakat.

Dari kapasitas dan aset itulah komunitas dibangun pengkajian difokuskan pada aset dan kemampuan masyarakat. Ada asumsi yang menyatakan bahwa gambaran yang lebih jelas akan masyarakat akan terungkap dan basis yang lebih kuat akan dikembangkan untuk mengadakan perubahan jika pengkajian mencakup identifikasi baik terhadap kebutuhan maupun aset/kapasitas dan melibatkan mereka yang tinggal dalam masyarakat. Dari kapasitas dan aset itulah komunitas dibangun.

Untuk menetapkan kebutuhan dan aset/kapasitas suatu masyarakat suatu pengkajian harus dilaksanakan. Langkah ini dapat mencakup pengkajian secara tradisional dan/atau teknik baru yang disebut pemetaan Entitas masyarakat. Pengkajian kebutuhan merupakan suatu proses untuk mengumpulkan dan menganalisis data mengenai persoalan yang ada, Dari hasil. analisis data, keprihatinan/masalah akan muncul dan diciptakan prioritasnya sehingga strategi dapat dibentuk untuk mengatasinya, (Pengkajian kebutuhan akan dibahas lebih lengkap dalam paruh kedua bab ini, yang dikaitkan dengan perencanaan program.)

Penetapan Prioritas dan Penentuan Tujuan

Proses analisis terhadap data hasil pengkajian masyarakat harus dapat mengidentifikasi masalah yang akan diselesaikan. Namun, yang lebih sering terjadi adalah bahwa sumber yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah ternyata tidak tersedia. Dengan demikian, masalah yang telah diidentifikasi harus diprioritaskan. Penetapan prioritas itu paling baik dilaksanakan melalui kesepakatan atau persetujuan bersama dari mereka yang sudah terorganisasi sehingga "kepemilikan" dapat dirasakan.

Penting kiranya bagi semua orang yang terlibat dalam proses untuk merasakan bahwa mereka "memiliki" masalah dan ingin melihat masalah itu diselesaikan. Tanpa dirasa kepemilikan ini, mereka tidak akan bersedia meluangkan waktu dan tenaga untuk menyelesaikan masalah.

Contoh, jika beberapa partisipan yang sangat vokal mengintimidasi yang lain untuk memilih kegiatan tertentu yang akan menjadi prioritas utama sebelum kesepakatan benar-benar dicapai, maka mereka yang tidak setuju dengan

pelaksanaan prioritas itu tidak mungkin bekerja dengan antusias untuk membantu menyelesaikan masalah. Mereka bahkan akan mengundurkan diri dari proses karena merasa tidak ikut terlibat dalam proses pengambilan keputusan.

Begitu prioritas masalah ditetapkan; perlu diidentifikasi tujuan yang akan berfungsi sebagai acuan untuk penyelesaian masalah. Proses pencapaian kesepakatan sekali lagi harus dilakukan selama penetapan tujuan. Tujuan itu, yang akan menjadi landasan untuk semua kegiatan yang akan berlangsung, dapat dipandang sebagai "hasil akhir yang diharapkan".

Dengan kata lain, begitu kegiatan masyarakat berlangsung, apakah yang akan berubah? Dalam masyarakat yang memiliki masalah tindak kekerasan, tujuannya dapat berupa penurunan kasus tindak kekerasan atau menghilangkannya sama sekali. Terkadang pada langkah ini, beberapa anggota dari kelompok yang lebih besar akan mengundurkan diri karena mereka prioritas atau tujuan mereka tidak tercakup dalam daftar kesepakatan. Rasa tidak memiliki inilah yang menyebabkan mereka tidak bersedia mengeluarkan aset mereka untuk proses.

Namun, karena jumlah yang banyak akan menghasilkan kekuatan yang besar, segala upaya harus dilakukan untuk mempertahankan mereka tetap dalam kelompok. Salah satu strateginya adalah dengan menyusun daftar tujuan yang sepanjang mungkin.

Penetapan Solusi dan Seleksi Kegiatan intervensi

Ada beberapa solusi alternatif untuk setiap masalah masyarakat. Sebuah solusi melibatkan pemilihan satu atau beberapa kegiatan intervensi. Setiap jenis kegiatan intervensi memiliki kelebihan dan kekurangannya sendiri. Kelompok harus berupaya menyetujui strategi yang terbaik, kemudian memilih kegiatan intervensi yang paling menguntungkan. Sekali lagi, kelompok harus mencapai kesepakatan dahulu melalui kompromi.

Jika pendidik di dalam kelompok diminta untuk mengajukan suatu strategi, mereka mungkin akan menawarkan program pendidikan yang lebih bersifat preventif; penegak hukum mungkin akan menganjurkan peraturan yang lebih dapat ditegakkan; hakim mungkin meminta ruang yang lebih luas dalam sel-sel penjara.

Sikap melindungi sub kelompok yang ada dalam kelompok yang lebih besar kerap disebut sebagai *tourism*. Bukan hal luar biasa jika terdapat pergulatan dari masing-masing bidang saat mencoba mencapai kesepakatan.

Langkah-Langkah Akhir dalam Proses Pembangunan/ Pengorganisasian Masyarakat

Empat langkah terakhir dalam pendekatan umum untuk pembangunan/pengorganisasian masyarakat ini mencakup penerapan kegiatan intervensi yang telah diseleksi dalam langkah sebelumnya, evaluasi hasil akhir rencana kegiatan, pemeliharaan hasil, dan jika perlu, kembali ke langkah sebelumnya dalam proses "mundur selangkah" untuk memodifikasi atau merestrukturisasi rencana kerja guna mengorganisasikan masyarakat.

Penerapan kegiatan intervensi mencakup identifikasi dan pengumpulan sumber daya yang diperlukan untuk penerapan dan Merencanakan kerangka waktu yang sesuai untuk pelaksanaannya. Evaluasi proses melibatkan perbandingan antara hasil akhir proses dengan tujuan yang telah ditetapkan pada langkah yang lebih awal. Memelihara atau mempertahankan hasil akhir mungkin merupakan salah satu langkah yang paling sulit dalam keseluruhan proses.

Pada langkah ini, pengatur perlu memikirkan perlunya kapasitas jangka panjang dalam penyelesaian masalah. Terakhir, melalui langkah-langkah penerapan, evaluasi, dan pemeliharaan hasil akhir, pengatur mungkin perlu mundur ke langkah sebelumnya dalam proses untuk mengkaji dan mengerjakan kembali sebelum meneruskan rencana mereka.

Catatan Khusus Pembangunan / Pengorganisasian Masyarakat

Sebelum kita meninggalkan proses pembangunan/pengorganisasian masyarakat, perlu diingat bahwa apapun pendekatan yang digunakan dalam pembangunan/pengorganisasian masyarakat-pengembangan lokal, perencanaan sosial, kegiatan sosial, atau pendekatan umum yang diuraikan di sini tidak semua masalah dapat diselesaikan. Pada kasus lain, berulang kali upaya mungkin harus dilakukan sebelum tercapai sebuah solusi.

Selain itu, perlu diingat bahwa jika terdapat satu masalah dalam masyarakat, kemungkinan akan ada beberapa orang yang diuntungkan dari kemunculannya itu sehingga mereka berupaya mencegah terbentuknya solusi yang efektif untuk menyelesaikan terselesaikan atau tidaknya masalah itu, keputusan akhir yang dihadapi kelompok terorganisasikan adalah pilihan untuk membubarkan

atau mengorganisasikan kelompok untuk menghadapi masalah yang baru atau untuk menyerang masalah lama dari sudut yang berbeda.

Bab 12

Peran dan Fungsi Perawat Dalam Keperawatan Komunitas

12.1 Pendahuluan

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan praktik promotif dan proteksi kesehatan populasi yang menggunakan pengetahuan atau ilmu keperawatan, sosial, dan kesehatan masyarakat (Khotimah 2022). Diyakini bersama bahwa tantangan terbesar yang dihadapi keperawatan komunitas pada abad ini adalah pemberian asuhan keperawatan pada lansia yang populasinya tumbuh pesat. Perawat komunitas memiliki peran yang penting guna mendorong masyarakat terutama usia lanjut untuk mampu memahami kondisinya sehingga dapat melakukan perawatan diri secara mandiri (self-care).

Adapun yang menjadi sasaran utama kegiatan pelayanan keperawatan komunitas yaitu bagaimana upaya dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam keperawatan, membimbing serta memberi pengetahuan bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk dapat mempraktikkan dan mengerti akan pengertian, kebiasaan dan perilaku pola hidup sehat, sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya (Akbar 2019).

Selain daripada meningkatkan kognitif melalui promosi kesehatan, keperawatan komunitas juga berfungsi untuk bagaimana cara melindungi diri dalam kesehatan dan bagaimana cara mencegah penyakit dan juga cara menyembuhkan penyakit. Diharapkan agar perawat dapat memberikan pelayanan dengan penuh hormat bagi martabat kemanusiaan dan keunikan yang tidak dibatasi oleh pertimbangan-pertimbangan status sosial atau ekonomi, atribut personal, dan jenis masalah kesehatannya. Perawat melindungi hak klien akan privasi dengan memegang teguh informasi yang bersifat rahasia., perawat melindungi klien dan publik bila kesehatan dan keselamatannya terancam oleh praktik seseorang yang tidak berkompeten, tidak etik atau ilegal.

Perawat harus mampu memikul tanggung jawab atas pertimbangan dan tindakan perawatan yang dijalankan masing-masing individu dan perawat wajib memelihara kompetensi keperawatan dalam melaksanakan pertimbangan yang beralasan dan menggunakan kompetensi dan kualifikasi individu sebagai kriteria dalam mengusahakan konsultasi, menerima tanggung jawab, dan melimpahkan kegiatan keperawatan kepada orang lain. Perawat turut serta beraktivitas dalam membantu pengembangan pengetahuan untuk melaksanakan dan meningkatkan standar keperawatan.

Di mana perawat turut serta dalam upaya profesi untuk membentuk dan membina kondisi kerja yang mendukung pelayanan keperawatan yang berkualitas serta turut serta dalam upaya untuk melindungi komunitas terhadap informasi dan gambaran yang salah serta mempertahankan integritas perawat. Perawat juga harus mampu bekerja sama dengan anggota profesi kesehatan atau warga masyarakat lainnya dalam meningkatkan upaya-upaya masyarakat dan nasional untuk memenuhi kebutuhan kesehatan komunitas. (Ann Allender, Rector and Warner, 2010).

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan atau keperawatan kepada individu, kelompok, dan masyarakat perawat mengikutsertakan kelompok dan instansi terkait. Tanggung jawab utama perawat adalah melaksanakan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan masyarakat.

Oleh karena itu, dalam menjalankan tugas perawat perlu meningkatkan keadaan lingkungan kesehatan dengan menghargai nilai-nilai di masyarakat, menghargai adat kebiasaan, serta kepercayaan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang menjadi pasien atau kliennya. Perawat dapat memegang teguh rahasia pribadi (privasi) klien dan hanya dapat memberikan keterangan bila diperlukan oleh pihak yang berkepentingan.

12.2 Peran Perawat Dalam Keperawatan Komunitas

Perawat atau *Nurse* berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *Nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Jum Panata (2018) 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.

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam, suatu sistem. 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 (Effendy, 2013).

Peran adalah tingkah laku yang diharapkan oleh seseorang terhadap orang lain, dalam hal ini peran perawat untuk memberikan asuhan keperawatan, melakukan pembelaan kepada klien, sebagai pendidik tenaga perawat dan masyarakat, koordinator dalam pelayanan.

Fungsi itu sendiri adalah suatu pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah disesuaikan dengan keadaan yang ada. 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 (Kozier, 2010).

Peran adalah bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu. 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 jawab keperawatan secara profesional sesuai

dengan kode etik profesional. Di mana setiap peran yang dinyatakan sebagai ciri terpisah untuk kejelasan.

Peran perawat kesehatan masyarakat memiliki sasaran utama yaitu pencegahan penyakit promosi kesehatan serta bagaimana memelihara kesehatan masyarakat (Khotimah, 2022).

Peran perawat komunitas terbagi atas:

1. Pelaksana pelayanan keperawatan (provider of nursing care)

Peranan yang utama bagi perawat komunitas adalah *Clinical Nurses Specialist* (CNS) dan *Family Nurse Practitioner* (FNP) sebagai pelaksana asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas, baik itu sehat atau sakit atau mempunyai masalah kesehatan di rumah, disekolah, di panti, di tempat kerja, dan lain-lain (Potter and Perry, 2010).

2. Sebagai pendidik (health educator)

Memberikan pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas, baik di rumah, di puskesmas, di komunitas secara terorganisir serta menanamkan perilaku hidup sehat sehingga terjadi perubahan perilaku untuk mencapai tingkat kesehatan optimal. Peran pendidik berguna dalam mempromosikan kesehatan masyarakat berdasarkan dua alasan yaitu: klien dalam lingkup komunitas biasanya tidak memiliki kondisi sakit yang parah dan masih bisa menerima informasi kesehatan yang diberikan.

Peran perawat sebagai pendidik sangatlah penting karena perawat dapat menjangkau masyarakat secara luas. Melalui pendidikan, perawat dapat menjangkau kelompok secara besar dengan mengembangkan program edukasi berdasarkan kebutuhan kelompok (Hunt 2009).

3. Sebagai pengamat kesehatan (health monitor)

Monitoring terhadap perubahan yang terjadi pada individu, keluarga, kelompok, komunitas. Memonitoring masalah kesehatan yang timbul serta dampaknya terhadap status kesehatan melalui:

- a. Kunjungan rumah.
- b. Pertemuan-pertemuan.

- c. Observasi.
 - d. Pengumpulan data (Potter and Perry, 2010).
4. Koordinator pelayanan kesehatan (coordinator of services)
Mengkoordinir seluruh kegiatan dan berupaya memberikan pelayanan Kesehatan masyarakat dalam mencapai tujuan kesehatan melalui kerja sama dengan tim kesehatan lainnya sehingga diharapkan terciptanya keterpaduan dalam sistem pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan kegiatan yang menyeluruh dan tidak terpisah-pisah (Hunt 2009).
 5. Sebagai pembaharu (inovator)
Pembaharu terhadap individu, keluarga, kelompok, dan komunitas. Serta merubah perilaku dan pola hidup agar tercapainya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan yang optimal (Hunt 2009).
 6. Pengorganisir pelayanan kesehatan
perawat komunitas berperan serta dalam memberikan motivasi dalam rangka meningkatkan peran serta individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam setiap upaya pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh masyarakat.
Misalnya kegiatan posyandu, mulai dari tahapan perencanaan, pelaksanaan, sampai dengan tahap penilaian, serta ikut berpartisipasi dalam kegiatan pengembangan dan pengorganisasian masyarakat dalam bidang Kesehatan (Potter and Perry, 2010).
 7. Sebagai panutan (role model)
Perawat komunitas dapat memberikan contoh yang baik dalam bidang kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat tentang bagaimana tata cara hidup sehat yang dapat ditiru dan dicontoh oleh masyarakat (Deden Derawan, 2012).
 8. Sebagai tempat bertanya (fasilitator)
perawat komunitas sebagai tempat bertanya oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memecahkan berbagai permasalahan dalam bidang kesehatan/keperawatan yang dihadapi sehari-hari. Perawat komunitas juga dapat membantu memberikan jalan keluar dalam mengatasi masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka

hadapi. Perawat komunitas sebagai penghubung antara masyarakat dengan unit pelayanan kesehatan dan instansi terkait (Komang Ayu Herny Achjar, 2011)

9. Sebagai pengelola (manager)

Perawat komunitas dapat mengelola berbagai kegiatan yankes dan masyarakat sesuai dengan beban tugas dan tanggung jawab yang diemban kepadanya. Perawat komunitas juga mengkoordinasikan upaya-upaya kesehatan yang dijalankan, melalui puskesmas sebagai institusi pelayanan dasar utama, baik di dalam atau di luar gedung atau di keluarga, terhadap kelompok-kelompok khusus seperti kelompok ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas/menyusui, anak balita, usia lanjut, sesuai dengan peran, fungsi dan tanggung jawabnya. Praktik kesehatan masyarakat yang berhasil bergantung pada kolegalitas dan kepemimpinan multidisipliner.

Peran perawat sebagai manajer di komunitas membutuhkan keterampilan dalam berkomunikasi. Selain itu diharapkan pula bahwa masing-masing profesional dapat menghargai dan percaya pada kemampuan dan kontribusi dari masing-masing profesional. (Notoatmodjo, 2012)

10. Peran Perawat sebagai peneliti dapat berkontribusi dalam mengembangkan teori-teori dalam keperawatan yang merupakan dasar dari praktik keperawatan. Penelitian juga dapat berfungsi untuk menunjang pengembangan metode dan teknik baru dalam pemberian asuhan keperawatan. Peran perawat kesehatan komunitas sebagai peneliti perlu melakukan pengkajian, mengembangkan dan mengevaluasi efektivitas promosi kesehatan dan pencegahan penyakit terkhusus penyakit yang ada di komunitas (Nies and McEwen, 2015).

11. Peran perawat sebagai komunikator

Peranan perawat dalam komunikasi merupakan bagian terpenting dari semua peran keperawatan. Perawat harus mampu berkomunikasi baik dengan klien, keluarga dan kelompok di komunitas. Dalam perannya sebagai perawat komunikator, perawat harus mampu mengidentifikasi masalah klien dan setelah itu mengkomunikasikannya secara lisan atau tulisan kepada anggota lain

dalam tim perawatan kesehatan atau multidisiplin (Potter and Perry, 2010).

Peran perawat komunitas dalam bidang dunia keperawatan merupakan cara untuk menyatakan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan dan institusi pendidikan, penelitian dan dapat mengembangkan asuhan keperawatan dalam membina kerja sama dari tenaga kesehatan lainnya serta dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam melakukan tindakan. Peran pada dasarnya adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar yang bersifat stabil (Hunt 2009).

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 jawab keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik profesional.

Di mana setiap peran yang dinyatakan sebagai ciri berpisah demi untuk kejelasan. Peran perawat adalah sebagai pelaksana pelayanan keperawatan, pengelola pelayanan keperawatan dan institusi pendidikan, sebagai pendidik dalam keperawatan, peneliti dan pengembangan keperawatan. atau peran perawat komunitas adalah cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, di mana telah menyelesaikan pendidikan formalnya diakui dan diberi kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan secara profesional, sesuai dengan kode etik profesinya (Fitriani, 2011).

12.3 Fungsi Perawat Komunitas dan Peran Perawat Komunitas

Fungsi Perawat Komunitas adalah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah dari suatu keadaan ke keadaan yang lain. Dalam menjalankan profesinya sebagai perawat, maka seorang perawat akan menjalankan fungsi perawat sebagaimana mestinya.

Berikut beberapa fungsi perawat di antaranya yaitu :

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 kenyamanan, pemenuhan kebutuhan di antaranya kebutuhan fisiologis, kebutuhan cinta dan mencintai, kebutuhan rasa aman, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri (Akbar, 2019)

Fungsi Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana (Akbar, 2019).

Fungsi Interdependen

Fungsi perawat dalam interdependen ini bahwasanya tindakan perawat berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan lainnya. Fungsi ini tampak ketika perawat bersama tenaga kesehatan lainnya melakukan kolaborasi dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bertujuan mengupayakan kesembuhan pasien. Mereka biasanya tergabung dalam sebuah tim yang dipimpin oleh seorang tenaga medis. Sebagai sesama tenaga kesehatan, masing-masing tenaga kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien sesuai dengan bidang ilmunya.

Dalam kolaborasi ini, pasien menjadi fokus upaya pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dicontohkan dalam penanganan ibu hamil yang menderita DM / diabetes mellitus, perawat bersama tenaga gizi berkolaborasi membuat rencana untuk menentukan kebutuhan makanan yang diperlukan bagi ibu dan perkembangan janin. Ahli gizi memberikan kontribusi dalam perencanaan makanan dan perawat mengajarkan pasien memilih makan sehari-hari. Dalam fungsi ini, perawat bertanggung jawab secara bersama-sama dengan tenaga kesehatan lain terhadap kegagalan pelayanan kesehatan terutama untuk bidang keperawatannya (Fitriani, 2011).

Fungsi perawat komunitas dan peran sebagai perawat komunitas dilakukan sesuai dengan fungsi perawat sedangkan fungsi perawat dilakukan sesuai peran perawat untuk itu dalam melaksanakan perannya, maka terdiri atas:

1. Fungsi independen yaitu fungsi di mana perawat melaksanakan perannya secara mandiri, tidak tergantung kepada orang lain. Perawat harus dapat memberikan bantuan terhadap adanya penyimpangan atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia baik bio-psiko-sosio/kultural maupun spiritual, mulai dari tingkat individu utuh, mencakup seluruh siklus kehidupan sampai pada tingkat masyarakat yang juga mencerminkan pada tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pada tingkat sistem organ fungsional sampai molekuler. Kegiatan ini dilakukan dengan diprakarsai oleh perawat, dan perawat bertanggung jawab serta bertanggung gugat atas rencana dan keputusan tindakannya (Harmili and Kristiana, 2021).
2. Fungsi dependent Kegiatan ini dilakukan atau dilaksanakan oleh seorang perawat atas instruksi dari tim kesehatan lainnya (dokter, ahli gizi, radiologi dan lainnya).
3. Fungsi interdependent Fungsi ini berupa kerja tim yang sifatnya saling ketergantungan baik dalam keperawatan maupun kesehatan dapat berfungsi untuk melakukan tindakan sebagai berikut:
 - a. Mengidentifikasi kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini penting dilakukan agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan komunitas.
 - b. Menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas. Rencana ini dibuat berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan.
 - c. Mengkoordinasikan aktivitas tim kesehatan multidisiplin sehingga pelayanan yang diberikan dapat optimal dan tepat sasaran.
 - d. Menilai kualitas pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Sebagai manajer, hal ini penting untuk meningkatkan pengelolaan berikutnya.

Sebagai pelaksana asuhan keperawatan, perawat dapat berfungsi untuk:

- melakukan pengkajian secara komprehensif;
- menetapkan masalah keperawatan komunitas;
- menyusun rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan potensi komunitas;
- melakukan tindakan keperawatan langsung mencakup tindakan mandiri; (seperti melakukan perawatan luka, melatih nafas dalam dan batuk efektif, melatih latihan rentang gerak/rom, dan sebagainya), serta tindakan kolaboratif (seperti pemberian obat Insulin dan sebagainya);
- mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan;
- mendokumentasikan semua tindakan keperawatan (Effendy, 2013).

Bab 13

Etika Dalam Keperawatan Komunitas

13.1 Pendahuluan

Etika adalah kode perilaku yang memperlihatkan perbuatan yang baik bagi kelompok tertentu. Etika juga merupakan peraturan dan prinsip bagi perbuatan yang benar. Etika berhubungan dengan hal yang baik dan hal yang tidak baik dan dengan kewajiban moral. Etika berhubungan dengan peraturan untuk perbuatan atau tindakan yang mempunyai prinsip benar dan salah, serta prinsip moralitas karena etika mempunyai tanggung jawab moral, menyimpang dari kode etik berarti tidak memiliki perilaku yang baik dan tidak memiliki moral yang baik.

Etika bisa diartikan juga sebagai, yang berhubungan dengan pertimbangan keputusan, benar atau tidaknya suatu perbuatan karena tidak ada undang-undang atau peraturan yang menegaskan hal yang harus dilakukan. Etika berbagai profesi digariskan dalam kode etik yang bersumber dari martabat dan hak manusia (yang memiliki sikap menerima) dan kepercayaan dari profesi. Profesi menyusun kode etik berdasarkan penghormatan atas nilai dan situasi individu yang dilayani.

Kode etik disusun dan disahkan oleh organisasi yang membina profesi tertentu baik secara nasional maupun internasional. Kode etik menerapkan konsep etis karena profesi bertanggung jawab pada manusia dan menghargai kepercayaan serta nilai individu. Kata seperti etika, hak asasi, tanggung jawab, mudah didefinisikan, tetapi kadang-kadang tidak jelas letak istilah tersebut diterapkan dalam suatu situasi.

Pelayanan kepada umat manusia merupakan fungsi utama perawat dan dasar adanya profesi keperawatan. Kebutuhan pelayanan keperawatan adalah universal. Pelayanan profesional berdasarkan kebutuhan manusia- karena itu tidak membedakan kebangsaan, warna kulit, politik, status sosial dan lain-lain. Keperawatan adalah pelayanan vital terhadap manusia yang menggunakan manusia juga, yaitu perawat. Pelayanan ini berdasarkan kepercayaan bahwa perawat akan berbuat hal yang benar, hal yang diperlukan, dan hal yang menguntungkan pasien dan kesehatannya. Oleh karena manusia dalam interaksi bertingkah laku berbeda-beda maka diperlukan pedoman untuk mengarahkan bagaimana harus bertindak

Definisi

Pengertian Etika (Etimologi), berasal dari kata “Ethos”, yang merupakan bahasa Yunani dengan arti adat kebiasaan (custom) atau watak kesusilaan. Istilah etika berkaitan dengan perkataan moral yang berasal dari bahasa Latin, yaitu “Mos” dan memiliki bentuk jamak “Mores”, yang artinya juga adat kebiasaan atau cara hidup dengan menghindari hal-hal tindakan yang buruk dan melakukan perbuatan yang baik (kesusilaan).

Etika dan moral memiliki pengertian yang sama, tetapi dalam kegiatan sehari-hari terdapat perbedaan, yaitu etika adalah untuk pengkajian sistem nilai-nilai yang berlaku sedangkan moral atau moralitas untuk penilaian perbuatan yang dilakukan.

Istilah lain yang terkait dengan etika, yaitu sebagai berikut:

1. Susila (Sanskerta), dari kata prinsip aturan hidup (sila) dan yang lebih baik (su) sehingga lebih menunjukkan kepada dasar-dasar hidup.
2. Akhlak (Arab), berarti moral, dan etika berarti ilmu akhlak.
3. Filsuf Aristoteles, dalam bukunya Etika Nikomacheia, menjelaskan tentang pembahasan Etika, sebagai berikut:

- a. *Terminus Techicus*, yakni etika dipelajari untuk ilmu pengetahuan yang mempelajari masalah perbuatan atau tindakan manusia.
- b. *Manner dan Custom*, yakni etika yang berkaitan dengan tata cara dan kebiasaan (adat) yang melekat dalam kodrat manusia (*Inherent in human nature*) yang terikat dengan pengertian “baik dan buruk” suatu tingkah laku atau perbuatan manusia.

Pengertian dan definisi etika dari para filsuf atau ahli berbeda dalam pokok perhatiannya antara lain:

1. Merupakan prinsip-prinsip moral yang termasuk ilmu tentang kebaikan dan sifat dari hak.
2. Pedoman perilaku, yang diakui berkaitan dengan memperhatikan bagian utama dari kegiatan manusia.
3. Ilmu watak manusia yang ideal, dan prinsip-prinsip moral sebagai individual.
4. Merupakan ilmu mengenai suatu kewajiban.

Macam Etika

Dalam membahas Etika sebagai ilmu yang menyelidiki tentang tanggapan kesusilaan atau etis, yaitu sama halnya dengan berbicara moral (*mores*). Manusia disebut etis, ialah manusia secara utuh dan menyeluruh mampu memenuhi hajat hidupnya dalam rangka asas keseimbangan antara kepentingan pribadi dengan pihak yang lainnya, antara rohani dengan jasmaninya, dan antara sebagai makhluk berdiri sendiri dengan penciptanya.

Termasuk di dalamnya membahas nilai-nilai atau norma-norma yang dikaitkan dengan etika, terdapat dua macam etika (Brown 1993) sebagai berikut:

1. Etika deskriptif

Etika yang menelaah secara kritis dan rasional tentang sikap dan perilaku manusia, serta apa yang dikejar oleh setiap orang dalam hidupnya sebagai sesuatu yang bernilai. Artinya Etika deskriptif tersebut berbicara mengenai fakta secara apa adanya, yakni mengenai nilai dan perilaku manusia sebagai suatu fakta yang terkait dengan situasi dan realitas yang membudaya. Dapat disimpulkan bahwa

tentang kenyataan dalam penghayatan nilai atau tanpa nilai dalam suatu masyarakat yang dikaitkan dengan kondisi tertentu memungkinkan manusia dapat bertindak secara etis.

2. Etika normatif

Etika yang menetapkan berbagai sikap dan perilaku yang ideal dan seharusnya dimiliki oleh manusia atau apa yang seharusnya dijalankan oleh manusia dan tindakan apa yang bernilai dalam hidup ini. Jadi Etika Normatif merupakan norma-norma yang dapat menuntun agar manusia bertindak secara baik dan menghindarkan hal-hal yang buruk, sesuai dengan kaidah atau norma yang disepakati dan berlaku di masyarakat.

13.2 Etika Keperawatan

Etik profesi keperawatan adalah pedoman dan kesadaran di dalam melaksanakan kegiatan profesi keperawatan yang mengatur nilai-nilai moral, sehingga tetap terjaga dengan cara yang terhormat mutu dan kualitas profesi keperawatan. Etik keperawatan sangat penting dihayati oleh para mahasiswa di bidang keperawatan.

Mahasiswa keperawatan secara teoritis belum terikat oleh etika keperawatan, tetapi harus sudah mulai memahami sehingga etik keperawatan menjadi bagian dari kurikulum pendidikan keperawatan agar dapat menghadapi tugas dan kewajiban sebagai perawat di kemudian hari.

Menurut UU Keperawatan No.38 Tahun 2014 perawat berkewajiban memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Etika keperawatan tersebut antara lain mengandung unsur-unsur pengorbanan, dedikasi, pengabdian, dan hubungan antara perawat dengan pasien, dengan dokter, sejawat perawat maupun diri sendiri.

Perilaku etik dapat dibagi menjadi dua kelompok:

1. Etik yang berorientasi kepada kewajiban
Kelompok ini menggunakan pedoman segala hal yang wajib dan harus dilakukan oleh seseorang untuk mendapatkan kebajikan dan kebaikan.
2. Etik yang berorientasi kepada larangan
Kelompok ini menggunakan pedoman segala hal yang tidak boleh dan dilarang dilakukan untuk mendapatkan kebajikan dan kebaikan.

Asas etik yang tidak akan tergantikan dalam etik profesi keperawatan dan asuhan keperawatan ada enam yaitu sebagai berikut:

1. Asas autonomy (menghormati otonomi klien)
Klien bebas dan berhak mengambil keputusan untuk segala hal yang akan dilakukan terhadapnya setelah mendapatkan informasi. Persetujuan tindakan medik (informed consent) diperlukan karena klien berhak untuk didengarkan dan dihormati pendapatnya. Perawat tidak diperkenankan memaksakan suatu intervensi atau tindakan.
2. Asas beneficence (manfaat)
Tujuan dari semua tindakan harus untuk memberi manfaat kepada klien sehingga bisa tertolong. Perawat harus menyadari bahwa tindakan yang akan dilakukan memang memberi manfaat bagi kesembuhan dan kesehatan klien. Kesehatan penderita senantiasa diutamakan sehingga selalu memaksimalkan manfaat bagi klien dan risiko yang mungkin timbul dikurangi sampai seminimal mungkin.
3. Asas non maleficence (tidak merugikan)
Tindakan dan pengobatan harus berpedoman “Primum non nocere” (yang paling utama jangan merugikan). Risiko fisik, psikologik maupun sosial akibat tindakan dan pengobatan yang akan dilakukan hendaknya seminimal mungkin.
4. Asas veracity (kejujuran)
Dokter dan perawat hendaknya mengatakan secara jujur dan jelas apa yang akan dilakukan, serta akibat yang dapat terjadi. Informasi yang diberikan hendaknya sesuai dengan tingkat pendidikan pasien.

5. Asas confidentiality (kerahasiaan)

Perawat harus menghormati “privacy” dan kerahasiaan pasien, meskipun penderita telah meninggal.

6. Asas justice (keadilan)

Perawat harus berlaku adil dan tidak berat sebelah.

Ke-enam asas etik diatas disepakati secara nasional sebagai kode etik di bidang profesi kesehatan termasuk di dalamnya Kode Etik Keperawatan Indonesia. Perawat berada dalam berbagai situasi sehari-hari yang mengharuskan mereka dalam membuat keputusan-keputusan profesional dan bertindak sesuai keputusan tersebut.

Keputusan tersebut biasanya dibuat dalam hubungan dengan orang lain dalam situasi: pasien, keluarga dan profesi kesehatan lain. Ketika keputusan etik dibuat, setiap orang yang terlibat harus menghormati dan menghargai sudut pandang orang lain.

Melalui kolaborasi yang saling menghormati, keputusan terbaik dapat dicapai meskipun dalam dilema yang sulit sekalipun. Perlu diperhatikan bahwa keputusan yang dibuat bukan yang paling benar tetapi yang paling baik karena di dalam dilema etik tidak ada yang benar maupun yang salah.

Pada penyelesaian dilema etik kita kenal prinsip DECIDE yaitu:

D = Define the problem (or problems)

E = Ethical review

C = Consider the options

I = Investigate outcomes

D = Decide on action

E = Evaluate results

13.3 Kode Etik Keperawatan Indonesia

Kehidupan profesi keperawatan di Indonesia selalu berpedoman kepada sumber asalnya yaitu kebutuhan masyarakat Indonesia akan pelayanan keperawatan. Warga Keperawatan di Indonesia menyadari bahwa kebutuhan akan keperawatan bersifat universal bagi klien (individu keluarga kelompok dan masyarakat), oleh karenanya pelayanan yang diberikan oleh perawat selalu berdasarkan pada cita-cita yang luhur, niat yang murni untuk keselamatan dan kesejahteraan umat tanpa membedakan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.

Dalam melaksanakan tugas profesional yang berdaya guna dan berhasil guna, para perawat mampu dan ikhlas memberikan pelayanan yang bermutu dengan memelihara dan meningkatkan integritas pribadi yang luhur dengan ilmu dan keterampilan yang memenuhi standar serta kesadaran bahwa pelayanan yang diberikan merupakan bagian dari upaya kesehatan secara menyeluruh.

Dalam bimbingan Tuhan Yang Maha Esa dalam melaksanakan tugas pengabdian untuk kepentingan kemanusiaan, bangsa dan Tanah Air, Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) menyadari bahwa perawat Indonesia yang berjiwa Pancasila dan berlandaskan pada UUD 1945 merasa terpanggil untuk menunaikan kewajiban dalam bidang keperawatan dengan penuh tanggung jawab, berpedoman kepada dasar-dasar seperti tertera di bawah ini:

Perawat dan Klien

1. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien, dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, 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 dari klien
3. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan
4. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika

diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku

Perawat dan Praktik

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 keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien
3. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain
4. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional

Perawat dan Masyarakat

Perawatan mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat.

Perawat dan Teman Sejawat

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 pelayan kesehatan secara menyeluruh.
2. Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

Perawat dan Profesi

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 (PPNI 2014).

13.4 Prinsip Etika Dalam Kesehatan Komunitas

Dokter dan perawat harus berlaku adil dan tidak berat sebelah. Keenam asas etik di atas dituangkan dalam suatu kesepakatan nasional yang pada umumnya disebut kode etik keperawatan di Indonesia.

Prinsip Dasar Dan Etika Dalam Kesehatan Komunitas

Prinsip dasar keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi:

1. Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat
2. Empat (4) tingkat sasaran pelayanan kesehatan masalah: individu, keluarga, kelompok, khusus dan masyarakat.
3. Perawat bekerja atas PSM dalam menyelesaikan masalah kesehatan.
4. Menekankan upaya promotif dan preventif tanpa lupa kuratif dan rehabilitatif.
5. Dasar pelayanan kesehatan 'Problem Solving Approach'
6. Kegiatan utama: masalah masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit.
7. Tujuan meningkatkan fungsi kehidupan derajat kesehatan yang optimal.
8. Penekanan pembinaan perilaku sehat.
9. Bekerja secara tim, bukan individu.
10. Peningkatan kesehatan.
11. 'Home visit', membantu mengatasi masalah klien.
12. Pendidikan kesehatan masyarakat merupakan kegiatan utama.

13. Pelaksanaan kesehatan masyarakat mengacu pada sistem pelayanan kesehatan yang ada.
14. Pelaksanaan pelayanan kesehatan komunitas dilakukan di Puskesmas, panti, sekolah dan keluarga.

Prinsip Etika Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas

Prinsip etika keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi:

1. Prinsip kebaikan: mempertimbangkan bahaya dan keuntungan.
2. Prinsip autonomi: individu bebas menentukan tindakan atau keputusannya.
3. Prinsip kejujuran/veracity: menjadi dasar terbinanya sikap percaya satu sama lain.

Model Penyelesaian Dilema Etik

Dilema etika adalah situasi yang dihadapi seseorang di mana keputusan mengenai perilaku yang layak harus di buat. Untuk itu diperlukan pengambilan keputusan untuk menghadapi dilema etika tersebut.

Enam pendekatan dapat dilakukan orang yang sedang menghadapi dilema tersebut, yaitu:

1. Mendapatkan fakta-fakta yang relevan.
2. Menentukan isu-isu etika dari fakta-fakta.
3. Menentukan siap dan bagaimana orang atau kelompok yang dipengaruhi dilema.
4. Menentukan alternatif yang tersedia dalam memecahkan dilema.
5. Menentukan konsekuensi yang mungkin dari setiap alternatif.
6. Menetapkan tindakan yang tepat.

Bab 14

Diagnosa Keperawatan Komunitas

14.1 Pendahuluan

Praktik keperawatan kesehatan komunitas didefinisikan oleh standar perawatan khusus. Standar asuhan tersebut berjalan konsisten dengan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa, prioritas masalah populasi, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Standar ini merupakan referensi penting bagi semua perawat yang ada di masyarakat, dan menjadi dasar untuk melakukan evaluasi kinerja individu (Smith and Rector, 2013).

Program kesehatan komunitas yang efektif hampir selalu dimulai dengan tahap diagnosis komunitas yang menggunakan data untuk secara akurat mengidentifikasi status dan kekuatan kesehatan komunitas (Ervin and Kulbok, 2018). Tahap awal dalam proses keperawatan komunitas adalah pengumpulan data melalui pengkajian. Pengkajian keperawatan komunitas merupakan langkah awal dalam proses asuhan keperawatan komunitas. Dalam tahap ini perawat berusaha untuk mendapatkan informasi atau data tentang kondisi kesehatan komunitas dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan komunitas.

Dalam tahap pengkajian ini, ada empat kegiatan yang dilakukan, yaitu pengumpulan data, pengorganisasian data, validasi data, dan pendokumentasian data (Khalifah and Widagdo, 2016). Dalam proses asuhan keperawatan komunitas, perawat berusaha mengintegrasikan keterlibatan masyarakat dan pengetahuan seluruh populasi dengan pemahaman klinis pribadi tentang pengalaman kesehatan dan penyakit individu, keluarga, serta populasi.

Hasil pengkajian tersebut kemudian diterjemahkan dan diartikulasikan menjadi diagnosa keperawatan komunitas. Melalui diagnosa keperawatan komunitas seorang perawat dapat lebih fokus pada masalah-masalah prioritas yang terjadi pada populasi yang sangat luas. Berbeda dengan diagnosa pada asuhan keperawatan lain, diagnosa keperawatan komunitas dapat menjadi dasar dalam pembuatan intervensi yang mengacu pada kesehatan seluruh populasi, keluarga, ataupun individu. Perwujudan intervensi tersebut dapat berupa program, pembuatan kebijakan kesehatan, dan advokasi pada populasi yang ditargetkan.

14.2 Konsep Diagnosa Komunitas

Proses diagnosa keperawatan adalah menyintesis data penilaian, di mana perawat memeriksa data dan membuat daftar semua masalah aktual dan potensial. Kemudian perawat mengembangkan pernyataan diagnostik tentang kesehatan masyarakat. Pernyataan ini, atau diagnosa, menentukan sifat dan penyebab masalah kesehatan komunitas aktual atau potensial dan mengarahkan rencana perawat kesehatan komunitas untuk menyelesaikan masalah (Nies and McEwen, 2014).

Diagnosa komunitas adalah hipotesis atau pernyataan hasil analisis dan sintesis data dan informasi yang diperoleh selama pengumpulan data tentang komunitas. Diagnosa komunitas memberikan pandangan luas tentang status kesehatan komunitas, yang diperlukan untuk pendekatan komprehensif untuk bekerja dengan komunitas sebagai praktik perawatan kesehatan komunitas lanjutan (Ervin and Kulbok, 2018).

Diagnosa komunitas mengacu pada diagnosa keperawatan tentang ketidakefektifan kemampuan coping komunitas dan potensi peningkatan coping. Pernyataan tentang komunitas tidak hanya berkaitan dengan

permasalahan saja, namun juga harus mencakup kekuatan komunitas dan kemungkinan sumber solusi komunitas, serta kelemahan atau area masalah komunitas.

Dengan menggunakan format diagnosa keperawatan standar, diagnosa pada tingkat komunitas dapat dikembangkan. Diagnosa ini digunakan sebagai alat Ketika masyarakat mulai merencanakan, mengintervensi, dan mengevaluasi hasil (Allender, Rector and Warner, 2010).

Pada fase diagnosis proses keperawatan, perawat mulai mengelompokkan informasi dari hasil pengkajian dan merumuskan penilaian evaluatif tentang status kesehatan klien. Setelah dilakukan analisis menyeluruh dari pengelompokan informasi, dan menentukan kekuatan serta kebutuhan klien, diagnosis yang tepat dapat dibuat. Proses berpikir ini disebut penalaran klinis (Ackley, Lawdig and Makic, 2017).

Tujuan Penegakkan Diagnosa Komunitas

Keperawatan komunitas umumnya terlaksana pada tahapan perawatan kesehatan primer, hal ini berkaitan dengan fokus keperawatan komunitas yang mengacu pada upaya preventif dan promotif. Dalam perawatan kesehatan primer, melakukan diagnosis komunitas dapat membantu memberikan latar belakang yang diperlukan untuk menyusun setiap intervensi.

Diagnosis ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran secara rinci tentang masyarakat serta evaluasi kesehatan, termasuk faktor-faktor utama yang bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan mereka (Alberdi-Erice, Martinez and Rayón-Valpuesta, 2021).

Tujuan dari penerapan proses keperawatan dan penegakkan diagnosa keperawatan komunitas adalah untuk:

1. menentukan kebutuhan dan masalah kesehatan yang dapat menyebabkan potensi risiko Kesehatan;
2. menentukan sumber daya yang tersedia;
3. menetapkan prioritas untuk perencanaan;
4. merumuskan rencana perawatan yang menggabungkan kegiatan promosi kesehatan (DeLaune and Ladner, 2011).

Perbandingan Diagnosa Keperawatan Komunitas dan Individu

Tabel 14.1: Persamaan Diagnosa Komunitas dan Individu

No.	Diagnosa Individu	Diagnosa Komunitas
1	Terdapat Riwayat penyakit pasien	Data masyarakat didapat dari pertemuan dan diskusi informal
2	Pemeriksaan pasien dengan mengamati tanda gejala	Faktor penyebab yang terukur didapat melalui survei demografi dasar
3	Melakukan pemeriksaan laboratorium, rontgen dan lainnya	Melakukan survei khusus berdasarkan temuan survei demografi
4	Menyimpulkan penyebab dari Riwayat dan hasil tes	Membuat kesimpulan dari data untuk membuat diagnosis komunitas
5	Membuat diagnosis	Meresepkan pengobatan masyarakat dari tindakan kesehatan masyarakat sebagai bagian dari program kesehatan
6	Memberikan pengobatan	Mengevaluasi pengaruh tindakan kesehatan masyarakat

Klien dalam keperawatan komunitas terdiri atas individu, keluarga, kelompok dan komunitas, sehingga diagnosa keperawatan yang ditegakkan dibuat untuk komunitas, kelompok atau agregat tujuan.

Oleh karena itu diagnosa tersebut meliputi atau mewakili masalah kesehatan dari individu, keluarga yang hidup dan tinggal dalam komunitas tersebut. Terdapat perbedaan antara diagnosa keperawatan kelompok dan komunitas dengan diagnosa individu dan keluarga. Perbedaan itu terjadi karena adanya keterlibatan komunitas, berkolaborasi dengan komunitas, tokoh komunitas, kepala kelurahan/desa serta aparatnya, pemuka agama serta tenaga kesehatan lainnya pada proses pengkajian di komunitas atau kelompok/agregat.

Sehingga perawat komunitas membuat formulasi diagnosa keperawatan yang mewakili semua pemangku kepentingan di komunitas (Widagdo, 2016). Perbedaan dan kesamaan antara diagnosa komunitas dan individu dapat dilihat pada Tabel 14.1 dan Tabel 14.2

Tabel 14.2: Perbedaan Diagnosa Komunitas dan Individu

No.	Diagnosa Individu	Diagnosa Komunitas
1	Pasien menyadari masalahnya	Masyarakat mungkin menyadari atau tidak terkait masalahnya
2	Pasien mengambil inisiatif untuk memecahkan masalah	Masyarakat jarang mengambil inisiatif untuk memecahkan masalah
3	Kondisi patologis mempengaruhi pasien saja	Setiap kondisi berkaitan dengan faktor-faktor yang saling terkait dengan lingkungan

14.3 Analisa Komunitas

Analisa komunitas melibatkan identifikasi masalah dalam komunitas, pengumpulan data tentang masyarakat, kelompok sasaran, masalah kesehatan, dan menilai kebutuhan masyarakat. Penilaian kebutuhan masyarakat melibatkan identifikasi masalah yang ada dan potensial serta kebutuhan promosi kebutuhan. Dengan menggunakan keterampilan yang tepat dalam melakukan penilaian kebutuhan, perawat komunitas dapat menjadi kontributor aktif dalam perencanaan kesehatan individu, kelompok, dan komunitas secara keseluruhan (Reece, 1998).

Pada proses analisa data komunitas, tindakan yang perlu dilakukan adalah validasi data. Tujuannya adalah untuk mengetahui apakah data yang didapatkan akurat.

Beberapa prosedur validasi data meliputi:

1. Data dapat diperiksa ulang oleh tim penilai dari masyarakat
2. Data dapat diperiksa ulang oleh orang lain
3. Data subyektif dan obyektif dapat dibandingkan
4. Anggota masyarakat dapat mempertimbangkan adanya temuan dan memverifikasinya (Allender, Rector and Warner, 2010).

Kategorisasi

Proses kategorisasi data dilakukan dengan berbagai metode. Salah satu proses pengkategorian data dalam komunitas dilakukan secara tradisional dengan melakukan kategori berdasarkan karakteristik data yang didapatkan, sebagai berikut:

1. Karakteristik demografi
Karakteristik ini dapat berupa bentuk keluarga, usia dan jenis kelamin klien, etnis serta kelompok ras dari masyarakat yang dikaji.
2. Karakteristik geografis
Pengkategorian ini dilakukan berdasarkan wilayah dari area komunitas yang dikaji seperti batas-batas wilayah, ruang publik yang dimiliki masyarakat, serta jumlah kepala keluarga.

3. Karakteristik sosial ekonomi

Sosial ekonomi masyarakat dikategorikan berdasarkan jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, kepemilikan rumah, dan tingkat pendapatan

4. Sumber dan pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan terdekat yang mampu dijangkau oleh komunitas, seperti tersedianya rumah sakit, puskesmas, klinik, perawat atau dokter praktik mandiri, pusat kesehatan mental, dan sebagainya.

Ringkasan

Langkah selanjutnya setelah proses kategorisasi adalah dengan meringkas data. Ringkasan data dilakukan untuk mempermudah proses pembacaan data hasil pengkajian komunitas yang sangat kompleks. Pernyataan ringkasan tersebut dapat disajikan dalam bentuk jumlah, bagan, grafik, atau ukuran.

Perbandingan

Proses perbandingan dilakukan untuk mengidentifikasi adanya kesenjangan dan ketidaksesuaian data. Perbandingan dilakukan dengan menggunakan data pembanding, yang diperlukan untuk menetapkan pola atau kecenderungan adanya kesalahan data dan perlunya revalidasi. Proses pencatatan data yang salah dapat menyebabkan adanya perbedaan pada data hasil pengkajian. Membandingkan data hasil pengkajian komunitas dan data lain merupakan standar yang perlu dilakukan.

Contoh perbandingan data adalah terkait angka kematian bayi suatu wilayah dari hasil pengkajian, yang dibandingkan dengan standar pada tingkat kabupaten/kota terkait.

Membuat Kesimpulan

Pembuatan kesimpulan merupakan langkah terakhir pada proses analisa data pengkajian komunitas. Kesimpulan yang dibuat berdasarkan peristiwa dan pemikiran kritis perawat inilah yang nantinya dibuat menjadi pernyataan diagnosa keperawatan komunitas.

14.4 Jenis Diagnosa

Diagnosa keperawatan komunitas dibagi menjadi dua jenis diagnosa, yaitu diagnosa keperawatan negatif dan diagnosa keperawatan positif.

Diagnosa Negatif

Diagnosa negatif ditegakkan ketika klien berada dalam kondisi sakit atau menunjukkan adanya risiko mengalami gangguan kesehatan, sehingga penegakkan diagnosis ini mengarah pada pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan penyakit.

1. Aktual

Diagnosa aktual adalah hasil dari penilaian klinis pada respons manusia yang tidak diinginkan terhadap kondisi atau proses kesehatan, baik pada tingkatan individu, keluarga, kelompok, maupun komunitas (Herdman and S, 2014). Contoh diagnosa aktual dalam keperawatan komunitas adalah Defisit Kesehatan Komunitas (D.0110) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Risiko

Diagnosa keperawatan risiko adalah penilaian klinis mengenai kerentanan individu, keluarga, kelompok, atau komunitas untuk mengembangkan respons pada manusia yang tidak diinginkan terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan. Diagnosa risiko didukung oleh faktor risiko yang meningkatkan kerentanan klien, keluarga, kelompok atau komunitas terhadap kejadian yang tidak sehat (Herdman and S, 2014).

Diagnosa Positif

Diagnosa positif disebut juga diagnosa promosi kesehatan. Sebuah penilaian klinis tentang motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan untuk mengaktualisasikan potensi kesehatan manusia yang dapat diekspresikan oleh kesiapan untuk meningkatkan perilaku kesehatan tertentu atau keadaan sehat.

Respons promosi kesehatan dapat ditemukan pada individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (Herdman and S, 2014). Promosi kesehatan

berbeda dengan pencegahan. Promosi kesehatan berfokus pada pengupayaan kondisi sesehat mungkin, sebagai lawan mencegah penyakit atau masalah. Perbedaan antara promosi kesehatan dan pencegahan penyakit adalah bahwa alasan perilaku kesehatan harus selalu positif. Dengan diagnosa promosi kesehatan, hasil dan intervensi harus berfokus pada meningkatkan kesehatan (Ackley, Lawdig and Makic, 2017).

Salah satu diagnosa promosi kesehatan pada keperawatan komunitas adalah Kesiapan Peningkatan Koping Komunitas (D.0091) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 14.3: Perbandingan Diagnosa Positif dan Negatif

Aktual	Risiko	Promosi Kesehatan/ Sejahtera
Menunjukkan adanya masalah	Masalah belum ada, tapi ada faktor risiko khusus	Ekspresi klien untuk mencapai tingkat kesehatan lebih tinggi
Terdapat tanda gejala mayor dan minor yang dapat divalidasi pada klien	Tidak terdapat tanda gejala mayor dan minor pada klien	Tanda gejala mayor dan minor merupakan ungkapan dari klien terkait kemauan peningkatan kesehatan
Terdiri dari label diagnostik	Label diagnostik didahului dengan frasa “risiko”	Label diagnostik didahului oleh kata “kesiapan untuk meningkatkan”
Faktor terkait, tanda dan gejala	Faktor risiko spesifik terdaftar	Tidak terdapat faktor risiko yang terdaftar

14.5 Penyusunan Diagnosa Komunitas

Muecke (1984) mengembangkan format yang membantu dalam menulis diagnosis komunitas. Diagnosis terdiri dari empat komponen: identifikasi masalah atau risiko kesehatan, kelompok atau komunitas yang terkena dampak, pernyataan etiologis atau kausal, dan bukti atau dukungan untuk diagnosis. Masing-masing komponen ini memiliki peran penting dalam proses keperawatan. Masalahnya merupakan sintesis dari semua data penilaian.

Frasa "di antara" menentukan kelompok yang akan menjadi penerima manfaat dari rencana tindakan perawat dan yang kesehatannya terancam. Frasa “terkait dengan” menggambarkan penyebab masalah kesehatan dan mengarahkan fokus intervensi. Semua rencana dan intervensi akan ditujukan untuk mengatasi penyebab mendasar ini.

Terakhir, indikator kesehatan merupakan data atau bukti pendukung yang diambil dari penilaian yang telah selesai dilakukan. Data ini dapat menunjukkan besarnya masalah dan memiliki pengaruh pada penentuan prioritas diagnosis. Faktor lain yang membantu perawat dalam mengurutkan pentingnya diagnosis termasuk sifat diagnosis, karakteristiknya dampak potensial pada berbagai warga masyarakat, dan persepsi masyarakat tentang masalah kesehatan (Nies and McEwen, 2014).

Sebelum melakukan menyusun diagnosa keperawatan komunitas sesuai dengan format yang telah ditentukan. Hal yang perlu dilakukan adalah menentukan diagnosa keperawatan.

Berikut adalah cara menentukan diagnosa keperawatan komunitas

1. Mengidentifikasi data klien sesuai dengan hasil pengkajian.
2. Identifikasi domain yang sesuai, pada keperawatan komunitas umumnya berada pada domain perilaku.
3. Lihat definisi dari diagnosis pada buku SDKI.
4. Lihat tanda gejala mayor dan minor, dalam menegakkan suatu diagnosa, data hasil pengkajian harus memenuhi 80% dari tanda gejala mayor pada diagnosa keperawatan.
5. Tentukan diagnosa (Riasmi et al., 2017).

Setelah penentuan diagnosa dilakukan, Langkah selanjutnya adalah membuat diagnosa keperawatan komunitas sesuai dengan format.

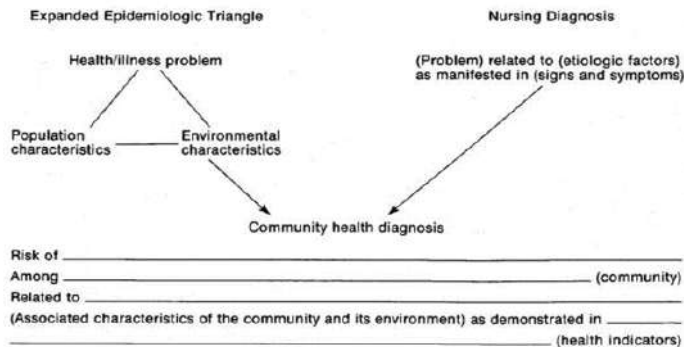
Hal yang perlu diperhatikan adalah:

1. Pernyataan
Merupakan suatu *statement* atau pernyataan masalah keperawatan, baik aktual, risiko, ataupun promosi kesehatan dari komunitas.
2. Kelompok sasaran
Umumnya pada diagnosa keperawatan komunitas, agregat atau populasi yang berisiko maupun terkena masalah kesehatan disebutkan pada diagnosa, bagian ini ditandai dengan kata “diantara”.
3. Etiologi
Pernyataan etiologi digambarkan dengan pernyataan “berhubungan dengan”. Etiologi atau faktor terkait adalah faktor yang muncul untuk

menunjukkan beberapa jenis pola hubungan dengan diagnosis keperawatan.

4. Tanda dan gejala

Pernyataan tanda dan gejala menggambarkan pernyataan besarnya masalah. Tanda gejala atau karakteristik terdiri dari tanda dan gejala yang dikumpulkan selama fase penilaian, dengan menggunakan kalimat “ditunjukkan dengan”, dapat digunakan untuk menghubungkan etiologi dengan karakteristik yang menentukan diagnosa (Nies and McEwen, 2014; Ackley, Lawdig and Makic, 2017).



Gambar 14.1: Format Diagnosa Keperawatan Komunitas (Nies And Mcewen, 2014)

Daftar Pustaka

- Ackley, J.B., Lawdig, B.G. and Makic, M.B.F. (2017) *Nursing Diagnoses Handbook*. 7th edn. Missouri: Elsevier. Available at: <http://lcn.loc.gov/2015042558>.
- Alberdi-Erice, M.J., Martinez, H. and Rayón-Valpuesta, E. (2021) 'A participatory community diagnosis of a rural community from the perspective of its women, leading to proposals for action', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189661>.
- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Allender, J.A., & Spardley, B.W. (2001). *Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Allender, J.A., Rector, C. and Warner, K.D. (2010) *Community Health Nursing*. 7th edn. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins: Wolters Kluwer.
- Amelia, N. (2013). *Prinsip Etika Keperawatan*. Yogyakarta: D-MedikaHaryono,
- Andarmoyo, S. (2012) "Buku Keperawatan Keluarga" Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan." Graha ilmu.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). *Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach*. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423.
- Apriyanti, F. (2019) "Hubungan status gizi dengan kejadian anemia pada remaja putri SMAN 1 Pangkalan Kerinci Kabupaten Pelalawan tahun 2019," *Jurnal Doppler*, 3(2), pp. 18–21.

- Arihta, M., dan Sri, S. (2008). Asuhan Keperawatan Keluarga, Jogjakarta : Citra Medika
- Bailon & Maglaya (1978). Perawatan Kesehatan Keluarga Suatu Proses. Terjemahan Pusdiknakes Jakarta.
- Bailon Maglaya, (1997), Perawatan Kesehatan Keluarga Sebagai Suatu Proses, Jakarta : Depkes RI
- BKKBN (1994) 'Pembangunan Keluarga Sejahtera Indonesia Berdasarkan UU No. 10 Tahun 1992 dan GBHN Tahun 1993', BKKBN.
- BkkbN (2011) 'Batasan dan Pengertian MDK'. Available at: <http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx>.
- Brown, K.H., (1993). Descriptive and normative ethics: Class, context and confidentiality for mothers with HIV. *Social Science and Medicine*, 36(3), pp.195–202.
- Buanasari, A. (2021) Asuhan Keperawatan Sehat Jiwa Pada Kelompok Usia Remaja. TOHAR MEDIA.
- Christeinsen & Paula, J. (2009). Proses Keperawatan : Aplikasi Model Konseptual edisi 4 (alih bahasa : Yuyun Yuningsih, Yasmin Asih). Jakarta : EGC
- Darmawan, ede surya and amal chalik sjaaf (2017) Administrasi Kesehatan Masyarakat. 2nd edn.
- DeLaune, S.C. and Ladner, P.K. (2011) *Fundamental of Nursing Standards & Practice, fundamental of nursing; Standard and practice*. New York: Delmar Cengage Learning. Available at: www.cengage.com/highered.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Profil Kesehatan. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan RI. (1998). Panduan asuhan keperawatan keluarga. Jakarta: Dep. Kes RI.
- Dewi Lestari, D. (2021) "Asuhan keperawatan keluarga dengan tahap perkembangan keluarga remaja." Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Djama, N. T. (2017) "Kesehatan reproduksi remaja," *Jurnal Kesehatan*, 10(1), pp. 30–34.

- Doenges, M., E., Townsend, M., C. & Moorhouse, M., F. (1998). *Psychiatric Care Plans Guidelines for individualizing Care*. (3th ed). Philadelphia: F.A Davis Company.
- dr. Soetjningsih, Sp. AK. (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. ECG
- dr. Susy Setiowati. (2020). *Golden Age Parenting*. Media Nusa Creative
- Duvall & Miller. (1985). *Mariage and Family Development*, New York, Harper and Row
- E Sudirjo, MN Alif.(2018). *Pertumbuhan dan Perkembangan Motorik: Konsep Perkembangan dan Pertumbuhan Fisik dan Gerak Manusia*. UPI Sumedang Press
- Efendi., dkk (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Ervin, N.E. and Kulbok, P.A. (2018) *Advanced Public and Community Health Nursing Practice*. 2nd edn. Springer Publishing Company. Available at: <https://doi.org/10.1891/9780826138446>.
- Etika Keperawatan Kesehatan Komunitas. <http://rumahners.blogspot.com/2011/11/etika-keperawatan-kesehatan-komunitas.html#more>. Diakses tanggal 6 November 2012
- Evita Aurilia Nardina., dkk. (2021) “Tumbuh Kembang Anak”. Yayasan Kita Menulis.
- Fallen R & Dwi K, R. Budi. (2010). *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Foster, George M. (1976) *Medical Anthropoloy and International Health Planning*. Edited by Medical Anthropology Newsletter. Berkeley: University of California.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC
- Friedman, M.M. (1998). *Family Nursing, Research, Theory & Practice*, 4rd ed, California, Aplleton and Large
- Friedman, M.M., & Bowden, V.R. (2010) “*Buku Ajar Keperawatan Keluarga.*,” EGC.

- Friedman, M.M., 1998. Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik; Alih Bahasa, Ina Debora R.L., Yoakim Asy. 3rd ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). Family Nursing: Research Theory & Practice. New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman,dkk. (2013) "Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik". Jakarta: EGC.
- Gaines, Kathleen. (2021). What is Nursing Code of Ethics
- Geertz., Clifford. (1973). The Interpretation of Cultures. New York: Basic, Books, Inc., Publishers.
- Gibson, J., Ivancevich, John M., Donnely Jr., James H., dan Konopaske Robert. (2009) Organizations. Behavior Structure Processes, Thirteenth Edition, International Edition. New York: McGraw-Hill.
- Glover, V. (2011). The effects of prenatal stress on child behavioural and cognitive outcomes start at the beginning. Encyclopedia on Early Childhood Development, 1-5
- Harnilawati, S. K. (2013) Konsep dan proses keperawatan keluarga. Pustaka As Salam.
- Herdman, T.H. and S, K. (2014) NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell.
- Herlinawati. (2013). "Konsep dan Proses Kaperawatan Keluarga". Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Ife, J. (1997) Community Development. First Edition. South Melbourne: Addison Wesley Longman Australia Pty Limited
- Jhonson L., & Leny R. (2017), Keperawatan Keluarga, Yogyakarta : Nuha Medika
- Keltner, S., B. (1999). Psychiatric Nursing. St. Louis: Mosby.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010) Laporan Hasil Penelitian Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2009. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Koordinator Pengembangan Manusia dan Kebudayaan,)2014). UU NOMOR 38 TAHUN 2014 _ Situs Resmi Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. Available at:

- <http://www.kemendiknas.go.id/content/uu-nomor-38-tahun-2014>
[Accessed May 25, 2018].
- Khalifah, S.N. and Widagdo, W. (2016) *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Koentjaraningrat. (1982) *Ilmu-Ilmu Sosial dan Pembangunan Kesehatan*. Proceeding Seminar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kolevzon, A., Gross, R., & Reichenberg, A. (2017). Prenatal and perinatal risk factors for autism: a review and integration of findings. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(4), 326-333
- Kozier, B. (1995). *Fundamental of Nursing, Concepts, Proses and Practice*, (7th ed.). California: Addison Publishing Company.
- Kozier, et al. (2010). "Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik" Edisi 7. Jakarta: EGC
- Kuntoro, A. (2010). "Buku Ajar Manajemen Keperawatan". Yogyakarta: Nuha
- Levy SE, Hyman SL. (1993). "Pediatric assesment of the child with developmental delay". *Pediat Clin North Am*; 40:465-77
- Loedin, A.A. (1982) *Peranan Ilmu-Ilmu Sosial dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Luanaigh, Pa.O. and Carison, C. (2008) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Edited by D.K. Davis.
- Luthans, F. (2008) *Organizational Behavior*. Eleventh Edition. New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Machfoedz, Irham dan Suryani, Eko. (2009) "Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan," Yogyakarta: Fitramaya, Edisi cet.7.
- Majid Robinson. (1995). "Unifying distinctions for nursing research with persons and family". *Journal of Advanced Nursing* , 8-29.
- Makhfudli, F. E. (2013). "Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan". Jakarta: Salemba Medika.
- Mansyur Siregar, D., Manurung, E. I., Sihombing, R. M., Pakpahan, M., Sitanggang, Y. F., Rumerung, C. L., ... & Triwahyuni, P. (2020). "Keperawatan Keluarga". Yayasan Kita Menulis.

- Mubarak, W.I. (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas .Salimba Medika : Jakarta
- Muhlisin, A. (2012). Buku Keperawatan Keluarga. Yogyakarta, Gosyen Publishing
- Mulyani, N. S. et al. (2020) “Faktor Penyebab Obesitas Pada Remaja Putri Di Aceh Besar,” Jurnal Riset Gizi, 8(1), pp. 44–47.
- Mulyasa, E. (2013) Wright, L., & Leahey, M. (2000). "Nurses and families : A guide In family assesment and intervention". Philadelphia: Davis.
- Murwani A & Setyowati S. (2010). Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta : Fitramaya
- Nardina Dkk. (2021). Tumbuh Kembang Anak. Yayasan Kita Menulis.
- Nasruddin, H., Syamsu, R. F. and Permatasari, D. (2021) “Angka Kejadian Anemia Pada Remaja Di Indonesia,” Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia, 1(4), pp. 357–364.
- Nies, M.A. and McEwen, M. (2014) Community/Public Health Nursing 6. 6th edn, Elsevier Inc. 6th edn. Elsevier Health Sciences. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.g6195>.
- 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. (2012) Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Edisi Revisi. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Ns. Komang Ayu Herny Achjar (2011) Teori & Praktek Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta: EGC.
- Nugraheni, H., Wiyatini, T., Wiradona, I. (2018) Kesehatan Masyarakat: Dalam Determinan Sosial Budaya. Yogyakarta: Deepublish.
- Nurkholidah.)2020). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Tumbuh Kembang Anak Usia 1 – 3 Tahun Di Desa Kayu Laut Kecamatan Panyabungan Selatan Kabupaten Mandailing Natal. Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia
- Oreg, S. & Katz-gerro, T., (2006). Predicting Proenvironmental Behavior Cross-Nationally: Values, the Theory of Planned Behavior, and Value-Belief-Norm Theory. Environment and Behavior, 38(4), pp.462–483.

- Padila. (2012). Buku Ajar : Keperawatan Keluarga, Nuha Medika, Yogyakarta Pustaka
- Picket, G. and Kalon, J.J. (2009) Kesehatan Masyarakat Administrasi dan praktik. 9th edn. Edited by P.. Prof. dr. Ali Ghufroon Mukti, M.Sc. and S. Palupi Widyastutik.
- Potter & Perry. (2010). Fundamental Keperawatan, konsep, proses, & praktik, Jakarta : buku Kedokteran EGC .
- Potter, P. (1997). Fundamentals of Nursing, Concepts, Process and Practice, (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- PPNI, (2014). Kode Etik Perawat Indonesia. PPNI. Available at: <http://www.observerisdmdkindonesia.org/wp-content/uploads/2014/09/13.-Code-of-Ethics-of-Nurses-Ind-Ver.pdf> [Accessed July 6, 2018].
- Rahayu, A. (2018) “Buku Ajar: Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia.” CV. Mine, Yogyakarta.
- Rawlin, R., P. & Heacock, P., E. (1993). Clinical Manual of Psychiatric Nursing. St. Louis; Mosby.
- Reece, S.M. (1998) ‘Community Analysis for Health Planning’, The Nurse Practitioner, 23(10), pp. 46–59. Available at: https://journals.lww.com/tnpj/Abstract/1998/10000/Community_Analysis_for_Health_Planning_Strategies.2.aspx.
- Riasmi, N.M. et al. (2017) Panduan Asuhan Keperawatan. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Rizona, F. et al. (2020) “Distribusi Karakteristik Faktor Penyebab Obesitas pada Siswa Sekolah Dasar,” Jurnal Keperawatan Sriwijaya, 7(1), pp. 54–58.
- Rudi. (2013). Etika Keperawatan dengan Pendekatan Praktis. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Sadli, S. (1977) Persepsi sosial mengenai perilaku menyimpang. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Santun setiawati, agus citra (2008) Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga. 2nd edn. Jakarta: Trans Info Media.

- Saputri, R. A. (2019) "Upaya pemerintah daerah dalam penanggulangan stunting di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung," *Jdp (Jurnal Dinamika Pemerintahan)*, 2(2), pp. 152–168.
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*, Graha Ilmu : Yogyakarta
- Silvana dkk. (2021). Faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan perkembangan verbal anak usia 5 tahun di Kota Banda Aceh. *Serambi Saintia Jurnal Sains dan Aplikasi*
- Sinaulan, J.H. (2012) "Dimensi Sosiokultural Dalam Promosi Kesehatan". *Jurnal Sosiologi Islam*, Vol. 2, No.1, April 2012. 91-112.
- Siswantara, P., Soedirham, O. and Muthmainnah, M. (2019) "Remaja Sebagai Penggerak Utama dalam Implementasi Program Kesehatan Remaja," *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 7(1), pp. 55–66.
- Smith, C.M,& Maurer, F.A. (2000) "Community health nursing: Theory and practice. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Smith, J.E. and Rector, C. (2013) *School-age children and adolescents, Community and Public Health Nursing: Promoting the Public's Health*. Available at: <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2604.320>.
- Soeroso, S. (2016) "Masalah kesehatan remaja," *Sari Pediatri*, 3(3), pp. 189–197.
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*, EGC, Jakarta
- Sumantri, B., 2011 dalam <http://mantrinews.blogspot.co.id/2011/12/ruang-lingkup-keperawatan-komunitas.html>. Ruang lingkup Keperawatan komunitas, Senin 5 Desember 2011.
- Suparlan, P. (1991) *The Javanese Dukun*. Jakarta: Feka Publication.
- Suprajitno, (2004), *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dalam Praktik*, Penerbit Buku Kedokteran; EGC. Jakarta
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga : aplikasi dalam praktik*. EGC : Jakarta.
- Sutanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.

- Suwarni, L. (2017) "The Application of the IMB Model as Primary Prevention on Adolescent's Premarital Sexual Intention."
- Syafrudin dkk. (2009). kebidanan komunitas. Jakarta : EGC.
- Syafrudin, dkk. (2009). Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta : CV Trans Info Media.
- Syukra A, Yustina S. (2015). Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Deepublish.
- Taylor, C. (1997). Fundamental of Nursing, The Art and Science of Nursing Care. Philadelphia: Lippincott.
- Tentika Happy Yunike, T. (2021) "Asuhan Keperawatan Remaja dengan Tahap Perkembangan Anak Usia Remaja." Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Timmreck, Thomas C.2004. Epidemiologi Suatu Pengantar, Edisi 2. Jakarta :EGC.
- Torabi, F., dkk. (2012). Correlation between high-risk pregnancy and developmental delay in children aged 4–60 months. Libyan Journal of Medicine, 7(1), 18811
- Tumangor, R. (2010) "Masalah-masalah Sosial Budaya Dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia". Jurnal Masyarakat & Budaya, Volume 12 No. 2 Tahun 2010. 231-254
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun (1992) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 1992 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga Sejahtera', Presiden Republik Indonesia, pp. 1–42. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/46602>.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 (2009) 'PERKEMBANGAN KEPENDUDUKAN DAN PEMBANGUNAN KELUARGA'.
- Wahid Iqbal Mubarak, N. C. (2012). "Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi". Jakarta: Salemba Medika.

- Wahyudin Rajab, 2009. Buku Ajar Epidemiologi untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.h. 31.
- Wang, C., Geng, H., Liu, W., & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: a meta-analysis. *Medicine*, 96(18).
- Widagdo, W. (2016) 'Keperawatan Keluarga dan Komunitas', Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 7(2), pp. 36–38.
- Wright, LM & Leahey, M (1994), *Nurses and Family ; a guide to Family Assesment and Intervention*, 2 ed, Philadelphia, F.A Davis Compony
- Yunita ddk. (2020). “Hubungan Pemberian Stimulasi Dini dengan Perkembangan Motorik Pada Balita di Desa Tanjung Berulak Wilayah Kerja Puskesmas Kampar”. *Jurnal Kesehatan Tambusai*. Vol. 1 No. 2, hal 61-68.

Biodata Penulis



Lenny Erida Silalahi

Pengalaman bekerja di berbagai Rumah Sakit Negri dan Swasta di Jakarta. Bekerja sebagai Staf pengajar AKKES YRSJ. Fokus mengajar mata kuliah Medikal Bedah, dan berbagai mata kuliah yang berkaitan. Kegiatan yang lain dilakukan saat ini aktif di masyarakat sebagai Perawat RW 08 Sukapura, Jakarta dan Sebagai Penulis.



Tiurlan Mariasima Doloksaribu, S.Kep, NS, M.Kep, lahir di Tinjowan, 06 Januari 1977. Ia tercatat sebagai lulusan Magister di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia untuk peminatan Keperawatan Anak, Tahun 2011.

Wanita yang kerap disapa “Tiur” ini adalah anak dari pasangan Saiman Doloksaribu dan Tumihar Napitupulu. Ia seorang Dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Medan sejak tahun 2011 sampai dengan sekarang. Tiurlan Mariasima Doloksaribu dikaruniai seorang putri bernama Gabriella Apfia Maharani dan suaminya bernama MP Silaban.

Ia adalah seorang Dosen Profesional yang secara legal dibuktikan melalui Sertifikat Pendidik yang diperolehnya pada Tahun 2016. Selain seorang Dosen, ia juga seorang Peneliti dan Penulis Buku dengan judul buku “Pengantar

Keperawatan yang terbit pada 01 November 2021, Buku kedua dengan judul “Pengantar Keperawatan Keluarga: yang terbit pada 01 Desember 2021 dan Buku ketiga dengan judul “Pengantar Manajemen Keperawatan” yang terbit pada 01 Januari 2022. Semoga buku-buku ini dapat memberikan manfaat untuk peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan yang professional.

Jespin Saurlina Manalu, SST, M.Kes , Lahir di Tipang, tanggal 19Maret1969.Pendidikan dasar penulis sampai pendidikan menengah atas di kotamadya Sibolga Tapanuli Tengah. Pada tahun 1992 menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Akademi Perawatan Departemen Kesehatan RI Medan, Sumatera Utara. Tahun 2002 menyelesaikan pendidikan Perawat Pendidik di Universitas Sumatera Utara Medan. Tahun 2014 menamatkan pendidikan Magister pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara Medan. Pengalaman mengajar sejak tahun 1997 hingga sekarang.



Yuni Astuti, S. Pd, Ns, M. Kep merupakan dosen pengajar di Stikes Sumber Waras Jakarta, sejak tahun 1998. Jenjang akademik penyusun dimulai dari menempuh jenjang DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan Depkes Wijaya Kusuma Jakarta (1985). Penulis juga dapat menyelesaikan pendidikan keguruan di Institut Keguruan Ilmu Pendidikan Jakarta yang saat ini berganti menjadi Universitas Negeri Jakarta jurusan Psikologi Pendidikan. Setelah itu, penulis melanjutkan studi dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan sekaligus menyelesaikan studi profesi Ners di Stikes Sint Carolus Jakarta (2001). Kemudian, pada tahun 2013 penulis menyelesaikan program Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah. Selain aktif sebagai pengajar, penulis juga aktif di organisasi profesi PPNI DPW DKI Jakarta sebagai Wakil Sekretaris MKEK, serta aktif sebagai pengurus Asosiasi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia sebagai Ketua Divisi Pelatihan.



Dian Yuniar Syanti Rahayu lahir di Bandung,. Telah menikah dan dikaruniai satu orang putri dan satu orang putra. 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 lulus 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, perawat di Puskesmas Ciambar Sukabumi , mengajar di ITK Avicenna Kendari dan di Poltekkes Kemenkes Kendari sampai sekarang. Penulis juga telah mengikuti berbagai seminar, pelatihan, conference dan lokakarya untuk meningkatkan kompetensi dalam bidang keperawatan.



Hardiyati, S.Kep, Ns., M.Kep, Lahir di Polman Sulbar pada tanggal 12 April 1982. Penulis meraih gelar Master pada Magister Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD). Saat ini penulis aktif sebagai dosen pengajar di Jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju. Penulis pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di Rsud Mamuju tahun 2006-2008, Penulis juga sebagai dosen di Stikes Fatima Mamuju dari tahun 2006 sampai sekarang, penulis Lulus CPNS tahun 2008 dan bertugas di Dinas

Kesehatan Provinsi Sulbar. Penulis pernah menjabat sebagai sekretaris jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju tahun 2012-2015. Peraih program magang klinik dosen Poltekkes Kemenkes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan IPKJI dan sebagai ketua DPK PPNI Poltekkes Kemenkes Mamuju Sulbar, serta sebagai Ketua Divisi Penelitian dan Sistim Informasi dan Komunikasi PPNI Kabupaten Mamuju.



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. Jenjang akademik penulis, pertama dimulai dengan menempuh Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus tahun 2003. Penulis melanjutkan studinya tahun 2012 Program Magister di Universitas Sumatera Utara (USU) Medan dan menyelesaikan pendidikan

Program Doktoral Teologia di Sekolah Tinggi Theologia Sumatera Utara (STTSU) dengan konsentrasi keilmuan Pastoral.

Pengalaman di dunia profesi, penulis mulai dengan bekerja sebagai Perawat di Rumah Sakit Advent Medan (RSAM) sejak Tahun 2004-2005. Sejak 2005 hingga sekarang menjadi dosen tetap di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar. Pada Tahun 2007 penulis telah memiliki Jabatan Fungsional sebagai Asisten Ahli (2007) dan tahun 2012 dengan Jabfung Lektor. Pada tahun 2017 akhirnya penulis dinyatakan lulus sertifikasi dosen dan dinyatakan sebagai Dosen Profesional pada ilmu keperawatan. Penulis dipercayakan sebagai Ketua Jurusan Keperawatan pada tahun 2019. Sebagai Dosen profesional penulis aktif dalam melakukan penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) dan mengikuti seminar dan workshop baik secara nasional dan secara Internasional yang. 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>



Siti Urifah lahir di Jombang, pada 24 Juni 1986. Ia tercatat sebagai lulusan Magister of Nursing Science di Kasetsart University, Thailand. Wanita yang kerap disapa Siti ini adalah anak dari pasangan H. Ngateman (ayah) dan Hj. Asmunik (ibu). Siti memulai karir dengan menjadi dosen Fakultas Ilmu Kesehatan di Unipdu-Jombang sejak tahun 2010. Hingga pada tahun 2014 ia mendapatkan beasiswa BUDI-LN dari Dikti untuk melanjutkan kuliahnya sebagai salah satu syarat untuk menjadi seorang dosen dan pada 2016 ia kembali mendapatkan beasiswa dari

National University of Singapore berupa sort course dalam bidang penelitian kesehatan tingkat Asia. Siti kini dikaruniai seorang putri bernama Gayatri.



Anis Laela Megasari S.Tr.Kep., M.Tr.Kep lahir di Kabupaten Semarang 03 Maret 1994. Jenjang pendidikan penulis dimulai dari Diploma III sampai Program Magister di Poltekkes Kemenkes Semarang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Program Studi Diploma III Kebidanan Universitas Sebelas Maret (UNS). Penulis aktif dalam kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui email: anislaela333@gmail.com



Wiwiek Widiatie, S. Kep., Ns., M. Kes., lahir di Jombang, Jombang, 24 Nopember 1973. Riwayat pendidikan: Akper Darul Ulum Jombang lulus tahun 1997, D4 Perawat Pendidik Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2001, S1 Keperawatan Unipdu Jombang lulus tahun 2008, S2 IKM Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2015.

Bekerja di Prodi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu Jombang mulai tahun 2013-sekarang. Menulis beberapa artikel yang telah dipublikasikan di Jurnal Nasional dan Internasional.



Yunis Veronika Purba, S.Kp., M.Kep., merupakan Dosen pengajar lahir di Surakarta, pada 13 Juni 1981. Jenjang akademik penulis, pertama dimulai dengan menempuh Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus tahun 2003. Penulis melanjutkan studinya tahun 2015 Program Magister di Universitas Diponegoro (UNDIP) Semarang Jawa Tengah.

Pengalaman di dunia profesional, penulis mulai dengan menjadi dosen di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar tahun 2006. Pada Tahun 2007 penulis telah memiliki Jabatan Fungsional sebagai Asisten Ahli (AA) dan tahun 2010 dengan Jabfung Lektor. Penulis dipercayakan sebagai Ketua Jurusan Keperawatan pada tahun 2020-sekarang. Sebagai Dosen profesional, penulis aktif mengikuti seminar-seminar dan workshop Nasional dan Internasional, dan aktif melakukan pengabdian kepada masyarakat.



tahun 2019-2021.

Penulis lahir di Probolinggo, 16 Juni 1995. Saat ini berprofesi sebagai tenaga pengajar di Departemen Keperawatan Komunitas dan Keluarga, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen, Malang, Jawa Timur. Menempuh pendidikan dasar di Probolinggo, dan lulus pada tahun 2013. Gelar sarjana keperawatan dan ners di tempuh di Universitas Muhammadiyah Surakarta 2013-2018. Sempat bekerja sebagai salah satu perawat di ruang ICU salah satu rumah sakit di Sidoarjo, sebelum akhirnya melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan peminatan komunitas pada

KEPERAWATAN

KELUARGA DAN KOMUNITAS

Keluarga dan komunitas sangat berperan penting di dalam kehidupan bermasyarakat, dimana keluarga dan komunitas mengalami perubahan pertumbuhan dan perkembangan menjadi individu yang tumbuh di dalam masyarakat. Fungsi dan peran keluarga dan komunitas sangat berpengaruh terhadap keadaan kesehatan baik individu, keluarga maupun masyarakat.

Buku ini membahas:

Bab 1 Konsep Keluarga Sejahtera

Bab 2 Konsep, Peran, dan Fungsi Keluarga, Perawatan Keluarga

Bab 3 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

Bab 4 Pengaruh Sosiokultural Pada Kesehatan

Bab 5 Model Konseptual Keperawatan Keluarga

Bab 6 Pengkajian Keperawatan Keluarga

Bab 7 Tren dan Isu Pada Keperawatan Keluarga

Bab 8 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Tumbuh Kembang

Bab 9 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Kesehatan Pada Remaja

Bab 10 Konsep Keperawatan Komunitas

Bab 11 Konsep Pengorganisasian Komunitas

Bab 12 Peran dan Fungsi Perawat Dalam Keperawatan Komunitas

Bab 13 Etika Dalam Keperawatan Komunitas

Bab 14 Diagnosa Keperawatan Komunitas



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

