



BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA

Tim Penulis :

Sri Ariyanti, S.Kep., Ns., M.Kep

R Endro Sulistyono, S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Primasari Mahardhika Rahmawati, S.Kep., M.Kep., CH., CHt

Ns. Surtikanti, M.Kep

Evy Aristawati, S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Cut Rahmi, S.Kep., M.Kep

Nurul Huda, S.Psi., S.Kep., Ns., M.Si

Fathimah Kelrey, S.Kep., Ns., M.Kep

Bagus Dwi Cahyono, S.Tr.Kep., M.Kes

Widya Nurcahyaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep

BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA

Tim Penulis :

Sri Ariyanti, S.Kep., Ns., M.Kep
R Endro Sulistyono, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Primasari Mahardhika Rahmawati, S.Kep., M.Kep., CH., CHT
Ns. Surtikanti, M.Kep
Evy Aristawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Cut Rahmi, S.Kep., M.Kep
Nurul Huda, S.Psi., S.Kep., Ns., M.Si
Fathimah Kelrey, S.Kep., Ns., M.Kep
Bagus Dwi Cahyono, S.Tr.Kep., M.Kes
Widya Nurcahyaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep

Penerbit

SONPEDIA.COM

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA

Tim Penulis :

Sri Ariyanti, S.Kep., Ns., M.Kep
R Endro Sulistyono, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Primasari Mahardhika Rahmawati, S.Kep., M.Kep., CH., CHT
Ns. Surtikanti, M.Kep
Evy Aristawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Cut Rahmi, S.Kep., M.Kep
Nurul Huda, S.Psi., S.Kep., Ns., M.Si
Fathimah Kelrey, S.Kep., Ns., M.Kep
Bagus Dwi Cahyono, S.Tr.Kep., M.Kes
Widya Nurcahyaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep

ISBN : 978-623-8417-72-8

Editor :

Erfina Rianty

Penyunting :

Efitra & Windi Gustiani

Desain sampul dan Tata Letak :

Yayan Agusdi

Penerbit :

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Redaksi :

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

Email : sonpediapublishing@gmail.com

Website : www.buku.sonpedia.com

Anggota IKAPI : 006/JBI/2023

Cetakan Pertama, November 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

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

KATA PENGANTAR

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

Keperawatan keluarga merupakan suatu bidang yang sangat penting dalam dunia kesehatan, karena keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat dan memiliki peran yang sangat besar dalam mendukung kesehatan anggotanya. Dalam buku ini, kami akan membahas berbagai aspek penting dalam keperawatan keluarga, mulai dari pemahaman mengenai dinamika keluarga, hingga cara memberikan perawatan yang efektif dalam berbagai situasi dan kondisi kesehatan keluarga

Buku Ajar ini sebagai buku panduan komprehensif yang menjelajahi kompleksitas dan mendalamnya tentang pentingnya kesehatan dalam keluarga. Buku ini dapat digunakan oleh pendidik dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran di bidang keperawatan keluarga dan di berbagai bidang Ilmu terkait lainnya. Buku ini dapat digunakan sebagai panduan dan referensi mengajar mata kuliah keperawatan keluarga dan dapat menyesuaikan dengan Rencana Pembelajaran Semester tingkat Perguruan Tinggi masing-masing.

Secara garis besar, buku ajar ini pembahasannya mulai dari pengantar dan konsep dasar keperawatan keluarga, model konseptual asuhan keperawatan keluarga, tren dan isu dalam keperawatan keluarga, analisis diagnosis keperawatan keluarga, rancangan keperawatan keluarga, tahapan proses keperawatan keluarga, tindakan keperawatan keluarga. Selain itu, buku ini juga membahas materi pengkajian keperawatan keluarga sesuai

sasaran, analisis dan perumusan diagnosis keperawatan keluarga sesuai sasaran, dan ditutup dengan materi mengenai rencana keperawatan keluarga sesuai dengan sasaran. Buku ajar ini disusun secara sistematis, ditulis dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami, dapat digunakan dalam kegiatan pembelajaran.

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

Pontianak, November 2023

Tim Penulis



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iv
KEGIATAN BELAJAR 1 PENGANTAR DAN KONSEP DASAR	
KEPERAWATAN KELUARGA	1
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. DEFINISI KELUARGA.....	2
B. STRUKTUR KELUARGA	3
C. CIRI-CIRI STRUKTUR KELUARGA.....	3
D. CIRI-CIRI KELUARGA INDONESIA	4
E. MACAM-MACAM STRUKTUR/TIPE/BENTUK KELUARGA.....	4
F. PERANAN KELUARGA.....	6
G. FUNGSI KELUARGA	7
H. TAHAP-TAHAP KEHIDUPAN/PERKEMBANGAN KELUARGA	8
I. PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA	11
J. TUJUAN PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA.....	12
K. RANGKUMAN	12
L. TES FORMATIF	13
M. LATIHAN.....	14
KEGIATAN BELAJAR 2 MODEL KONSEPTUAL ASUHAN	
KEPERAWATAN KELUARGA	15
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN KELUARGA	16
B. PENDEKATAN TEORITIS KEPERAWATAN KELUARGA.....	18
C. FUNGSI MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN KELUARGA.....	19
D. MODEL KONSEPTUAL YANG DAPAT DITERAPKAN PADA KEPERAWATAN KELUARGA	21
E. RANGKUMAN	28
F. TES FORMATIF	29
G. LATIHAN.....	30

KEGIATAN BELAJAR 3 TREND ISSUE DALAM KEPERAWATAN

KELUARGA 31

DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN

- A. PENGERTIAN TREND & ISSUE 31
- B. TREND & ISSUE DALAM TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA... 32
- C. TUGAS DAN PERAN PERAWAT 36
- D. RANGKUMAN 38
- E. TES FORMATIF 38
- F. LATIHAN..... 39

KEGIATAN BELAJAR 4 ANALISIS DIAGNOSIS KEPERAWATAN

KELUARGA 40

DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN

- A. PENGERTIAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA 41
- B. TIPE DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA 41
- C. STRUKTUR DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA 43
- D. MENETAPKAN ETIOLOGI..... 43
- E. PRIORITAS MASALAH..... 44
- F. RANGKUMAN 46
- G. TES FORMATIF 46
- H. LATIHAN..... 48

KEGIATAN BELAJAR 5 RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA 50

DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN

- A. DEFINISI PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA 51
- B. TUJUAN PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA 51
- C. MENYUSUN TUJUAN DAN HASIL YANG DIHARAPKAN PADA
PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA..... 53
- D. RANGKUMAN 57
- E. TES FORMATIF 58
- F. LATIHAN..... 58

KEGIATAN BELAJAR 6 PROSES KEPERAWATAN KELUARGA..... 60

DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARA

- A. PENGKAJIAN 62

B.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	64
C.	RENCANA KEPERAWATAN	66
D.	IMPLEMENTASI	67
E.	EVALUASI	68
F.	RANGKUMAN	69
G.	TES FORMATIF	70
H.	LATIHAN	71
KEGIATAN BELAJAR 7 TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA		72
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN		
A.	PENGERTIAN TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA	73
B.	INDIKASI UNTUK INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA	73
C.	TAHAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA	74
D.	BENTUK TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA	75
E.	RANGKUMAN	79
F.	TES FORMATIF	80
G.	LATIHAN	80
KEGIATAN BELAJAR 8 PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN PENYAKIT KUSTA SESUAI SASARAN		80
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN		
A.	PENGERTIAN PENGKAJIAN KELUARGA SESUAI SASARAN	82
B.	DATA PRIBADI	83
C.	RIWAYAT DAN TAHAPAN PERKEMBANGAN KELUARGA	83
D.	DATA LINGKUNGAN	84
E.	FUNGSI KELUARGA	86
F.	STRUKTUR KELUARGA	88
G.	PEMERIKSAAN FISIK	88
H.	RANGKUMAN	91
I.	TES FORMATIF	91
J.	LATIHAN	92
KEGIATAN BELAJAR 9 ANALISIS DAN PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA SESUAI SASARAN		93
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARA		

A.	PENGERTIAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA	94
B.	ANALISIS DATA DAN IDENTIFIKASI MASALAH KEPERAWATAN KELUARGA	95
C.	PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA SESUAI STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	97
D.	MENENTUKAN PRIORITAS DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA	103
E.	RANGKUMAN	106
F.	TES FORMATIF	106
G.	LATIHAN.....	108
KEGIATAN BELAJAR 10 RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA SESUAI DENGAN SASARAN		109
DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN		
A.	DEFINISI RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA.....	110
B.	SASARAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	111
C.	PENYUSUNAN RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA.....	111
D.	RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA SEHAT	113
E.	RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN IBU HAMIL	114
F.	RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN BALITA	116
G.	RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN REMAJA	117
H.	RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN LANSIA	118
I.	RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN PENYAKIT DEGENERATIF	119
J.	RANGKUMAN	120
K.	TES FORMATIF	121
L.	LATIHAN.....	122
DAFTAR PUSTAKA		123
TENTANG PENULIS		131

KEGIATAN BELAJAR 1 PENGANTAR DAN KONSEP DASAR KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

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

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Mampu menguraikan definisi keluarga.
2. Mampu menjelaskan Struktur Keluarga
3. Mampu menjelaskan Ciri-Ciri Struktur Keluarga
4. Mampu menjelaskan Ciri-Ciri Keluarga Indonesia
5. Mampu menjelaskan Macam-Macam Struktur/Tipe/Bentuk Keluarga
6. Mampu menjelaskan Peranan Keluarga
7. Mampu menjelaskan Fungsi Keluarga
8. Mampu menguraikan Tahap-Tahap Kehidupan/Perkembangan Keluarga
9. Mampu menguraikan Perawatan Kesehatan Keluarga
10. Mampu menguraikan Tujuan Perawatan Kesehatan Keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. DEFINISI KELUARGA

Menurut Duvall dan Logan (1986): Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga.

Menurut Bailon dan Maglaya (1978): Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1988): Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan

beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah : 1. Terdiri

dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi 2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain 3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial : suami, istri, anak, kakak dan adik 4. Mempunyai tujuan : menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota.

B. STRUKTUR KELUARGA

Struktur keluarga terdiri dari 5 yaitu:

1. Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.
2. Matrilineal : keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. Matrilokal : sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
4. Patrilokal : sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami
5. Keluarga kawinan : hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

C. CIRI-CIRI STRUKTUR KELUARGA

Ciri-ciri struktur keluarga antara lain:

1. Terorganisasi : saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
2. Ada keterbatasan : setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan

fungsi dan tugasnya masing-masing.

3. Ada perbedaan dan kekhususan : setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

D. CIRI-CIRI KELUARGA INDONESIA

Ciri-Ciri Keluarga Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Suami sebagai pengambil keputusan
2. Merupakan suatu kesatuan yang utuh
3. Berbentuk monogram
4. Bertanggung jawab
5. Pengambil keputusan
6. Meneruskan nilai-nilai budaya bangsa
7. Ikatan kekeluargaan sangat erat
8. Mempunyai semangat gotong-royong.

E. MACAM-MACAM STRUKTUR/TIPE/BENTUK KELUARGA

Struktur/Tipe/Bentuk Keluarga dibagi menjadi 2 yaitu:

1. tradisional :

- a. *The nuclear family* (keluarga inti), yaitu Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.
- b. *The dyad family*, yaitu Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.
- c. Keluarga usila, yaitu Keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.
- d. *The childless family*, yaitu Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya, yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.
- e. *The extended family* (keluarga luas/besar), yaitu Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai : paman, tante, orang tua (kakak-nenek), keponakan, dll).

- f. *The single-parent family* (keluarga duda/janda) , yaitu Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah dan ibu) dengan anak, hal ini terjadi biasanya melalui proses perceraian, kematian dan ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).
- g. *Commuter family*, yaitu Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja diluar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat akhir pekan (week-end).
- h. *Multigenerational family*, yaitu Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- i. *Kin-network family*, yaitu Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Misalnya : dapur, kamar mandi, televisi, telpon, dll.
- j. *Blended family*, yaitu Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.
- k. *The single adult living alone/single-adult family*, yaitu Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti : perceraian atau ditinggal mati.

2. Non-tradisional :

- a. *The unmarried teenage mother*, yaitu Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- b. *The stepparent family*, yaitu Keluarga dengan orangtua tiri.
- c. *Commune family*, yaitu Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara, yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak

- bersama.
- d. *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, yaitu Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
 - e. *Gay and lesbian families*, yaitu Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (marital partners).
 - f. *Cohabiting couple*, yaitu Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
 - g. *Group-marriage family*, yaitu Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu, termasuk sexual dan membesarkan anaknya.
 - h. *Group network family*, yaitu Keluarga inti yang dibatasi oleh set aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
 - i. *Foster family*, yaitu Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orangtua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.
 - j. *Homeless family*, yaitu Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
 - k. Gang, yaitu Sebuah bentuk keluarga yang destruktif, dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

F. PERANAN KELUARGA

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan, yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

1. Peranan ayah : Ayah sebagai suami dari istri, berperanan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya
2. Peranan ibu : Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.
3. Peranan anak : Anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

G. FUNGSI KELUARGA

Fungsi Keluarga dibagi menjadi 5 antara lain:

1. Fungsi biologis, antara lain:
 - a. Meneruskan keturunan
 - b. Memelihara dan membesarkan anak
 - c. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
 - d. Memelihara dan merawat anggota keluarga
2. Fungsi Psikologis, antara lain :
 - a. Memberikan kasih sayang dan rasa aman
 - b. Memberikan perhatian di antara anggota keluarga

- c. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
- d. Memberikan identitas keluarga
- 3. Fungsi sosialisasi, antara lain :
 - a. Membina sosialisasi pada anak
 - b. Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak
 - c. Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga
- 4. Fungsi ekonomi, antara lain :
 - a. Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga
 - b. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga
 - c. Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang (pendidikan, jaminan hari tua)
- 5. Fungsi pendidikan, antara lain :
 - a. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
 - b. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
 - c. Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

H. TAHAP-TAHAP KEHIDUPAN/PERKEMBANGAN KELUARGA

Meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangannya secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama:

1. Pasangan baru (keluarga baru)

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki dan perempuan membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan (psikologis) keluarga masing-masing :

 - a. Membina hubungan intim yang memuaskan

- b. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial
 - c. Mendiskusikan rencana memiliki anak
 2. Keluarga child-bearing (kelahiran anak pertama)
Keluarga yang menantikan kelahiran, dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan :
 - a. Persiapan menjadi orang tua
 - b. Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan keluarga
 - c. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan
 3. Keluarga dengan anak pra-sekolah
Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama (2,5 bulan) dan berakhir saat anak berusia 5 tahun :
 - a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman
 - b. Membantu anak untuk bersosialisasi
 - c. Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
 - d. Mempertahankan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
 - e. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak (tahap yang paling repot)
 - f. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
 - g. Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak
 4. Keluarga dengan anak sekolah
Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia enam tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Umumnya keluarga sudah mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk :
 - a. Membantu sosialisasi anak : tetangga, sekolah dan lingkungan

- b. Mempertahankan keintiman pasangan
 - c. Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga
6. Keluarga dengan anak remaja
- Dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa :
- a. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, mengingat remaja sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya
 - b. Mempertahankan hubungan yang intim dalam keluarga
 - c. Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orangtua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan
 - d. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga
7. Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)
- Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga, atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua :
- a. Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
 - b. Mempertahankan keintiman pasangan
 - c. Membantu orangtua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
 - d. Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
 - e. Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga
8. Keluarga usia pertengahan
- Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal :

- a. Mempertahankan kesehatan
 - b. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
 - c. Meningkatkan keakraban pasangan
9. Keluarga usia lanjut
- Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut saat salah satu pasangan meninggal dampai keduanya meninggal :
- a. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
 - b. Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan
 - c. Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat
 - d. Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat
 - e. Melakukan life review (merenungkan hidupnya).

I. PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran/penyalur.

Alasan Keluarga sebagai Unit Pelayanan :

1. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat
2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya
3. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya
4. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien), keluarga tetap berperan sebagai pengambil

keputusan dalam memelihara kesehatan para anggotanya

5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat.

J. TUJUAN PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

1. Tujuan umum : Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga mereka, sehingga dapat meningkatkan status kesehatan keluarganya.
2. Tujuan khusus :
 - a. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga.
 - b. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah-masalah kesehatan dasar dalam keluarga
 - c. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan para anggotanya
 - d. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit dan dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya
 - e. Meningkatkan produktivitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidupnya.

K. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga juga dapat berfungsi sebagai fungsi biologis, psikologis, sosialisasi, ekonomi dan pendidikan. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang

dihadapi oleh keluarga. Selain itu keluarga juga Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah-masalah kesehatan dasar dalam keluarga. Tujuan perawatan Kesehatan keluarga antara lain dapat Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan para anggotanya. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit dan dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya Meningkatkan produktivitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidupnya.

L. TES FORMATIF

1. Keluarga Tn. A mempunyai 5 orang anak. Pertama perempuan berusia 22 tahun menikah, kedua perempuan berusia 18 tahun menikah, ketiga perempuan berusia 14 tahun, keempat perempuan berusia 10 tahun dan kelima laki laki berusia 4 tahun, ibunya Tn. Y 67 tahun juga tinggal bersama keluarga. Apakah tahap perkembangan keluarga yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - a. Keluarga lansia
 - b. Keluarga dengan anak remaja
 - c. Keluarga dengan anak usia sekolah
 - d. Keluarga dengan anak usia pra sekolah
 - e. Keluarga yang melepas anak usia dewasa

2. Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak. Merupakan definisi dari.....
 - a. *The nuclear family* (keluarga inti)
 - b. *The dyad family*
 - c. Keluarga usila.
 - d. *The childless family*
 - e. *The extended family*

M. LATIHAN

Berikan beberapa contoh tipe keluarga yang berada di daerah anda. Jelaskan dan berikan contoh peranan keluarga tersebut.



KEGIATAN BELAJAR 2 MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

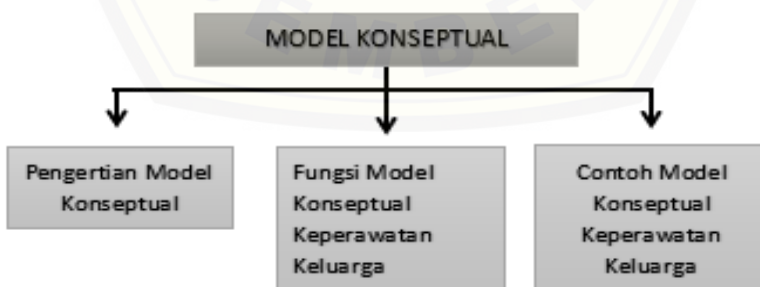
Pada bab ini mahasiswa mempelajari model konseptual asuhan keperawatan keluarga yang mendasari praktik keperawatan keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki pemahaman dan wawasan tentang model konseptual, teori, dan model keperawatan keluarga sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

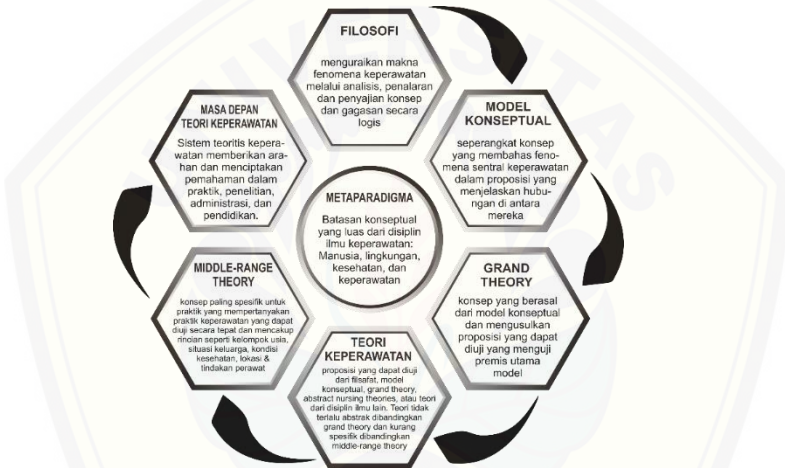
1. Menjelaskan definisi model konseptual keperawatan
2. Menjelaskan fungsi model konseptual keperawatan
3. Mengidentifikasi teori dan model-model keperawatan yang dapat diaplikasikan dalam praktik keperawatan keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN KELUARGA

Pelayanan profesional keperawatan yang berkualitas didukung oleh pengembangan teori dan model konseptual keperawatan. Perawat keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan sepatutnya memahami dasar teori keperawatan, kemudian menggambarkan model konseptual keperawatan untuk mengkhususkan konsep-konsep tersebut dalam konteks tertentu. Akhirnya, mereka mengikuti model keperawatan yang sesuai dengan panduan praktis dalam merawat keluarga secara efektif.



Gambar 2.1: Keterkaitan Model Konseptual dan Teori Keperawatan (Alligood, 2021)

Perawat dipersiapkan untuk berpikir kreatif dan kritis tentang bagaimana peristiwa kesehatan mempengaruhi keluarga melalui pemahaman terhadap teori dan model keperawatan. Teori dan model konseptual memperluas pemikiran ke tingkat pemahaman yang lebih tinggi tentang masalah dan kondisi yang mungkin mempengaruhi keluarga. Pemahaman terhadap model konseptual menawarkan lebih banyak pilihan untuk intervensi keperawatan.

Model konseptual adalah suatu rangkaian konsep, asumsi, dan

ide-ide yang menggambarkan cara bagaimana perawatan kesehatan seharusnya diorganisasi dan dijalankan. Model konseptual digunakan untuk merancang sistem perawatan kesehatan, termasuk bagaimana merancang pengaturan perawatan, mengatur saluran informasi, dan memastikan bahwa perawatan diberikan dengan cara yang efektif dan terkoordinasi. Model ini memperjelas kekhususan paradigma ilmu keperawatan yang melibatkan empat konsep yaitu manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan.

Berikut ini contoh penjabaran Sistem Interaksi Betty Newman untuk memudahkan pemahaman tentang definisi model konseptual



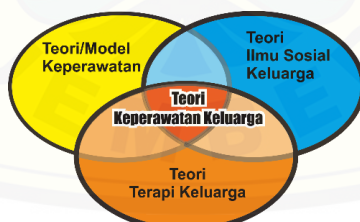
Gambar 2.2: Bagan pengembangan teori

Konsep	sebuah kata/frase yang menjelaskan fenomena. Contoh : Konsep tentang Stres (Ketegangan fisik, emosional, atau psikologis yang dialami oleh keluarga); konsep Adaptasi (Proses penyesuaian individu/ keluarga terhadap stres yang dialami); Konsep Lingkungan (Faktor eksternal yang mempengaruhi individu atau keluarga, seperti situasi sosial, budaya, dan fisik)
Proposisi	pernyataan yang menjelaskan hubungan antara dua atau beberapa konsep Contoh : Keluarga yang memiliki dukungan sosial yang kuat cenderung lebih mampu mengatasi stres daripada keluarga yang kurang memiliki dukungan sosial.

Model konseptual	<i>Model Sistem Interaksi Manusia</i> yang menggambarkan hubungan antara individu, keluarga, dan lingkungan. Model ini menekankan pentingnya interaksi antara individu dan lingkungan dalam menghadapi stres dan melakukan adaptasi.
Teori	kerangka konseptual yang menjelaskan bagaimana individu dan keluarga berinteraksi dengan lingkungan mereka dalam menghadapi stres dan melakukan adaptasi. Teori Newman menekankan pentingnya dukungan sosial, pemahaman diri, dan perubahan dalam membantu keluarga mengatasi stres.

B. PENDEKATAN TEORITIS KEPERAWATAN KELUARGA

Ada banyak pendekatan teoritis untuk memahami keluarga. Belum ada satu teori/model, atau kerangka konseptual yang cukup menggambarkan hubungan kompleks struktur, fungsi, dan proses keluarga, serta belum ada satu perspektif teoritis yang lebih baik/lebih komprehensif atau lebih benar dibandingkan perspektif lainnya dalam memandu perawat memberikan asuhan keperawatan keluarga (Kaakinen et al., 2018). Perawat seyogyanya melakukan pendekatan terpadu antara teori, praktik, dan penelitian keperawatan keluarga. (Friedman et al., 2003)



Gambar 2.3: Bagan pengembangan teori keperawatan keluarga (Friedman et al., 2003)

Pendekatan teoritis yang digunakan dalam praktik keperawatan keluarga dari tiga teori yang ada yaitu teori/ model keperawatan, teori ilmu sosial, dan teori terapi keluarga. Teori ilmu sosial keluarga merupakan kerangka konseptual yang digunakan untuk

memahami struktur, fungsi, dan dinamika keluarga dalam konteks sosial. Teori ini membahas tentang peran, interaksi, dan hubungan antara anggota keluarga, serta faktor-faktor sosial yang mempengaruhi keluarga. Dalam membangun teori keperawatan keluarga, teori ilmu sosial keluarga dapat memberikan pemahaman yang mendalam tentang keluarga sebagai sistem sosial yang kompleks.

Teori model keperawatan adalah kerangka konseptual yang digunakan dalam praktek keperawatan untuk memandu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik dan terintegrasi. Dalam konteks keperawatan keluarga, teori/ model keperawatan dapat memberikan panduan tentang bagaimana melibatkan keluarga dalam perawatan pasien, mengidentifikasi kebutuhan keluarga, dan merencanakan intervensi yang sesuai.

Teori terapi keluarga adalah kerangka konseptual yang digunakan dalam praktek terapi untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Dalam membangun teori keperawatan keluarga, teori terapi keluarga dapat memberikan wawasan tentang pendekatan terapeutik yang dapat digunakan oleh perawat dalam mendukung keluarga dalam menghadapi tantangan kesehatan.

Teori keperawatan keluarga dapat dikembangkan dengan mengintegrasikan teori ilmu sosial keluarga, teori/ model keperawatan, dan teori terapi keluarga. Teori ini berguna bagi perawat dalam memahami dan mengatasi kebutuhan kesehatan keluarga secara holistik serta memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan berfokus pada keluarga sebagai unit perawatan.

C. FUNGSI MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN KELUARGA

Mempelajari model konseptual keperawatan memiliki beberapa

manfaat penting bagi mahasiswa, perawat dan praktisi perawatan kesehatan lainnya. Berikut adalah beberapa manfaat utama dari mempelajari dan menerapkan model konseptual keperawatan:

1. Panduan Praktik

Model konseptual memberikan kerangka kerja terstruktur bagi perawat untuk memahami konsep dan prinsip utama yang mendasari praktik perawatan. Perawat mempunyai landasan dalam memberikan perawatan komprehensif & holistik.

2. Peningkatan Kualitas Perawatan

Model konseptual mengarahkan perawat bertindak lebih empatik, efektif, dan efisien sesuai standar etika dan standar praktik yang tinggi sehingga meningkatkan kualitas perawatan. Selain itu, juga membantu menilai potensi resiko, kualitas layanan, mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan, dan menerapkan perubahan berbasis bukti untuk meningkatkan hasil dan keselamatan pasien.

3. Penguatan Koordinasi dan Kolaborasi interdisipliner

Model konseptual dapat membantu perawat berkolaborasi, bersinergi dan berkoordinasi lebih baik dengan tim kesehatan lain karena kesatuan visi yang memungkinkan anggota tim melangkah bersama merawat pasien.

4. Peningkatan profesionalisme dan sikap kritis perawat

Model konseptual mendorong perawat berfikir kritis dan memperdalam pemahaman tentang keperawatan sebagai profesi. Perawat didorong untuk menganalisis dan mengevaluasi kompleksitas kondisi pasien, mempertimbangkan berbagai faktor yang dapat mempengaruhi status kesehatan, dan membuat keputusan mengenai perawatan.

5. Perawatan yang Berpusat pada Pasien

Model konseptual membantu perawat menerapkan perawatan yang berpusat pada pasien. Perawat merumuskan rencana perawatan dengan mempertimbangkan preferensi, nilai, dan tujuan pasien/ keluarga sehingga memunculkan kepatuhan tinggi, kebutuhan dasar terpenuhi dengan baik dan pada

akhirnya meningkatkan kepuasan pasien.

6. Pendidikan dan Pelatihan

Model konseptual keperawatan merupakan bagian integral dari pendidikan dan pelatihan keperawatan yang dapat membantu mahasiswa memahami prinsip inti perawatan dan mempersiapkan mereka bertransisi dari mahasiswa keperawatan menjadi perawat profesional di masa depan.

7. Penelitian, Pengembangan Praktek dan Inovasi

Kerangka konseptual memandu penelitian keperawatan dengan memberikan landasan teoritis untuk penelitian. Peneliti menggunakan kerangka kerja ini untuk merancang penelitian, mengumpulkan data, dan menafsirkan temuan. Wawasan baru yang diperoleh dari penelitian dapat mengidentifikasi trend, pengembangan dan inovasi dalam praktik keperawatan.

8. Praktik Berbasis Bukti

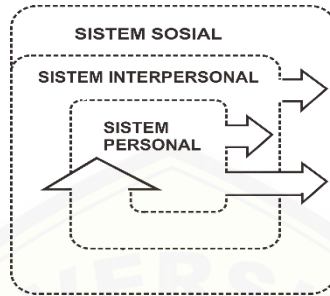
Model konseptual keperawatan dikembangkan berdasarkan penelitian ilmiah dan pengalaman klinis yang berakar pada praktik berbasis bukti. Memahami dan menggunakan kerangka kerja ini memungkinkan perawat memberikan perawatan berdasarkan *evidence based* terbaik yang tersedia.

D. MODEL KONSEPTUAL YANG DAPAT DITERAPKAN PADA KEPERAWATAN KELUARGA

Setiap model memiliki pendekatan dan fokus yang berbeda, tetapi semua bertujuan untuk membantu perawat dalam memahami dan merencanakan perawatan yang sesuai untuk keluarga. Proses keperawatan juga dianggap sebagai model karena proses keperawatan adalah sekelompok konsep yang saling berhubungan. Dalam keperawatan keluarga, terdapat beberapa contoh model kerangka konseptual yang digunakan untuk memahami dan mengorganisir praktik keperawatan. Berikut adalah beberapa contoh model kerangka konseptual dalam keperawatan keluarga:

1. Model Sistem terbuka King

Model yang dikembangkan oleh Dr. Imogene King ini dapat diterapkan perawat untuk memahami dan mengelola sistem sosial, personal, dan interpersonal dalam konteks perawatan keluarga.



Gambar 2.4: Model Konseptual King

- Sistem personal merujuk pada individu dalam keluarga. Setiap anggota keluarga memiliki karakteristik dan keunikan termasuk pada aspek fisik, emosional, dan spiritual.
- Interpersonal merujuk pada hubungan antara individu dalam keluarga dan proses interaksi satu sama lain meliputi pola komunikasi, konflik, dan dukungan antar anggota keluarga.
- Sistem sosial merujuk pada keluarga sebagai unit sosial yang terdiri dari anggota keluarga yang saling berinteraksi dan saling mempengaruhi. Keluarga dianggap sebagai sistem yang kompleks dengan struktur, norma, dan nilai-nilai yang unik.

Model teori King menekankan pentingnya komunikasi, pemahaman, dan dukungan keluarga dalam merespon kebutuhan kesehatan secara holistik, kontekstual, terintegrasi dan berfokus pada keluarga sebagai unit yang utuh. Perawat memfasilitasi keluarga mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, merumuskan dan melaksanakan intervensi yang sesuai, dan memutuskan tindakan yang melibatkan semua anggota

keluarga.

2. Model Sistem Kesehatan Newman

Model Betty Newman dikenal juga sebagai Teori Sistem Keperawatan Newman. Model ini menekankan pentingnya memahami interaksi antara anggota keluarga, lingkungan, dan faktor-faktor stres yang mempengaruhi kesehatan keluarga. Newman membahas keluarga sebagai klien dari awal pengembangan modelnya, dengan keluarga dipandang sebagai sistem yang terdiri atas anggota keluarga sebagai subsistem. Konsep dan penerapan model Betty Newman dalam keperawatan keluarga melibatkan penggunaan pendekatan sistemik untuk memahami dan merawat keluarga sebagai unit yang kompleks.

Perawat keluarga yang menerapkan model Betty Newman akan melakukan evaluasi menyeluruh terhadap keluarga, termasuk dinamika keluarga, pola komunikasi, peran dan tanggung jawab anggota keluarga, serta faktor stres, lingkungan fisik dan sosial yang mungkin mempengaruhi kesehatan keluarga. Selanjutnya, perawat akan bekerja sama dengan keluarga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang relevan dan merencanakan intervensi yang sesuai. Intervensi dapat meliputi pendidikan kesehatan kepada anggota keluarga, dukungan emosional, pengelolaan stres, dan pengembangan strategi untuk meningkatkan kesehatan keluarga secara keseluruhan.

Penerapan model Betty Newman dalam keperawatan keluarga juga melibatkan pemantauan dan evaluasi terus-menerus terhadap respons keluarga terhadap intervensi yang dilakukan. Perawat melibatkan keluarga untuk mengevaluasi efektivitas intervensi dan melakukan penyesuaian jika diperlukan. Dengan menggunakan model Betty Newman, perawat dapat memahami keluarga sebagai sistem yang kompleks dan merawat keluarga secara holistik. Pendekatan ini membantu

perawat dalam memberikan perawatan yang terintegrasi dan berfokus pada kesehatan keluarga secara keseluruhan.

3. Model Perawatan Orem

Model konseptual Orem dalam keperawatan keluarga mengacu pada pendekatan yang dikembangkan oleh Dorothea Orem. Orem mengemukakan bahwa pasien memerlukan bantuan keperawatan dikarenakan mereka tidak mampu memberikan perawatan mandiri secara menyeluruh (Gligor & Domnariu, 2020). Model ini memberikan kerangka kerja yang komprehensif untuk memahami dan mengelola perawatan keluarga sehingga membantu perawat dalam mengidentifikasi kebutuhan keluarga, merencanakan intervensi yang tepat, dan memberikan dukungan yang diperlukan untuk mempromosikan kesehatan dan pemulihan keluarga.

Model konseptual Orem dalam keperawatan keluarga mencakup tiga konsep utama:

- 1) Konsep Keperawatan Keluarga: keluarga memiliki peran penting dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit atau membutuhkan perawatan. Model ini menekankan pentingnya dukungan keluarga, komunikasi, dan kolaborasi dalam memberikan perawatan yang holistik.
- 2) Konsep Kemandirian Keluarga: keluarga memiliki kemampuan untuk mengelola dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga mereka sendiri. Model ini mendorong keluarga untuk mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan perawatan yang efektif dan mandiri.
- 3) Konsep Dukungan Keperawatan: perawat memiliki peran penting dalam memberikan dukungan dan bimbingan kepada keluarga dalam memberikan perawatan. Model ini menekankan pentingnya perawat dalam membantu keluarga mengidentifikasi kebutuhan, mengembangkan rencana perawatan, dan memberikan sumber daya yang

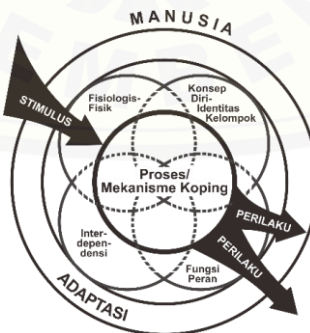
diperlukan.

Tanggung jawab utama perawat adalah mengevaluasi kondisi dasar pasien seperti usia, jenis kelamin, kekhasan sosial budaya, dan kondisi kesehatan untuk menentukan cara intervensi yang tepat.

4. Model Adaptasi Roy

Model Adaptasi Roy adalah salah satu teori keperawatan yang dapat diterapkan dalam konteks perawatan keluarga. Teori ini dikembangkan oleh Sister Callista Roy dan berfokus pada adaptasi individu dan keluarga terhadap perubahan lingkungan.

Model Adaptasi Roy dapat digunakan untuk memahami bagaimana keluarga beradaptasi dengan situasi kesehatan yang kompleks atau perubahan dalam keluarga itu sendiri. Model ini mengidentifikasi empat mode adaptasi yang melibatkan keluarga, yaitu mode fisik-biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Dalam mode fisik-biologis, perawat dapat membantu keluarga dalam memahami dan mengelola perubahan fisik yang terjadi pada anggota keluarga yang sakit atau mengalami gangguan kesehatan. Dalam mode psikologis, perawat dapat membantu keluarga dalam mengatasi stres, kecemasan, atau perubahan emosional yang terkait dengan situasi kesehatan.



Gambar 2.5: Model Adaptasi Roy

Dalam mode sosial, perawat dapat membantu keluarga dalam memahami dan mengelola perubahan dalam hubungan sosial, dukungan sosial, dan peran keluarga. Dalam mode spiritual, perawat dapat membantu keluarga dalam menemukan makna dan tujuan dalam situasi kesehatan yang sulit. Dengan menerapkan Model Adaptasi Roy dalam perawatan keluarga, perawat dapat membantu keluarga dalam mengidentifikasi sumber daya yang ada, mengembangkan strategi adaptasi yang efektif, dan meningkatkan kualitas hidup keluarga secara keseluruhan.

5. Model proses kehidupan dari Roger

Model Roger dalam aplikasi keperawatan keluarga mengacu pada pendekatan yang dikembangkan oleh seorang psikolog bernama Carl Rogers. Model ini menekankan pentingnya hubungan terapeutik yang empatik, penerimaan tanpa syarat, dan keaslian dalam interaksi dengan individu atau keluarga yang sedang dalam perawatan. Dalam konteks keperawatan keluarga, model Roger dapat digunakan untuk membangun hubungan yang kuat antara perawat dan keluarga yang sedang dirawat. Perawat menggunakan pendekatan yang empatik, mendengarkan dengan penuh perhatian, dan memahami pengalaman dan perspektif keluarga. Penerimaan tanpa syarat juga penting dalam model ini, di mana perawat menerima keluarga apa adanya tanpa menghakimi atau mengkritik.

Tampil apa adanya (asli, tanpa dibuat-buat) juga merupakan aspek penting dalam model Roger. Perawat diharapkan untuk menjadi diri sendiri yang autentik dan tulus dalam interaksi dengan keluarga. Ini menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi keluarga untuk berbagi pengalaman, kekhawatiran, dan emosi mereka. Dengan menerapkan model Roger dalam aplikasi keperawatan keluarga, perawat dapat membangun hubungan yang saling percaya dengan keluarga, memfasilitasi komunikasi yang terbuka, dan mendukung

keluarga dalam mengatasi tantangan kesehatan mereka. Model ini juga dapat membantu perawat memahami perspektif keluarga secara holistik dan merancang intervensi yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai keluarga.

6. Model Pengkajian dan Model Intervensi Calgary

Calgary Family Assessment Model (CFAM) digunakan untuk mengidentifikasi dan memahami berbagai aspek yang memengaruhi kesehatan keluarga. CFAM memiliki beberapa komponen utama, diantaranya adalah struktur keluarga, fungsi keluarga, dan koping keluarga. Setelah melakukan penilaian menggunakan CFAM, perawat menggunakan Calgary Family Intervention Model (CFIM) untuk merumuskan intervensi yang sesuai. Model ini mendorong perawat untuk bekerja sama dengan keluarga dalam menyusun rencana perawatan dengan mempertimbangkan aspek-aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari kesehatan keluarga.

CFAM dan CFIM membantu perawat keluarga untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan berfokus pada keluarga. Mereka juga menekankan pentingnya kerjasama dengan keluarga dalam merencanakan dan melaksanakan perawatan yang efektif. Model-model ini berkontribusi pada pendekatan holistik dalam keperawatan keluarga, yang mengakui bahwa kesehatan individu dalam keluarga sangat terkait dengan dinamika dan lingkungan keluarga itu sendiri.

7. Model Pengkajian Keluarga Friedman

Friedman Family Assessment Model (FFAM) dikembangkan oleh Marilyn M. Friedman. Model ini memandang keluarga sebagai subsistem masyarakat. Struktur Keluarga dan fungsi serta hubungan keluarga dengan sistem sosial lainnya menjadi fokus pendekatan (Narayani & S, 2020). Model pengkajian keluarga ini terdiri dari enam dimensi yang saling terkait yaitu struktur keluarga, pola komunikasi, fungsi keluarga, pengambilan keputusan, pengaturan peran, dan kesehatan

keluarga. Setiap dimensi ini memberikan wawasan yang mendalam tentang dinamika keluarga dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

- Struktur keluarga: Dimensi ini tentang anggota keluarga, hubungan antar anggota keluarga, dan peran masing-masing anggota keluarga
- Pola komunikasi: Dimensi ini tentang cara keluarga berkomunikasi, gaya komunikasi, tingkat keintiman, dan kemampuan keluarga menyelesaikan konflik.
- Fungsi keluarga: Dimensi ini tentang cara keluarga memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarga
- Pengambilan keputusan: Dimensi ini tentang cara keluarga membuat keputusan dan peran anggota keluarga dalam proses tersebut.
- Pengaturan peran: Dimensi ini tentang peran yang dimainkan oleh anggota keluarga, termasuk peran yang terkait dengan pekerjaan, pendidikan, dan perawatan anak.
- Kesehatan keluarga: Dimensi ini tentang status kesehatan keluarga secara keseluruhan, termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan keluarga dan upaya yang dilakukan keluarga untuk mempertahankan kesehatan.

Perawat yang menerapkan FFAM dapat memperoleh pemahaman yang komprehensif tentang keluarga, memperhatikan kebutuhan dan masalah yang ada, serta merencanakan intervensi yang sesuai untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

E. RANGKUMAN

Konsep “manusia” pada awalnya mengacu pada klien individu. Namun pada perkembangannya konsep manusia/ klien diperluas pada sasaran individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Model Konseptual keperawatan sangat penting bagi praktik

keperawatan karena memberikan pendekatan terstruktur terhadap perawatan pasien, mempromosikan perawatan holistik, mendorong pemikiran kritis, dan berfungsi sebagai landasan untuk praktik berbasis bukti. Ada berbagai Model Konseptual yang bisa diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga diantaranya model sistem kesehatan Newman, model perawatan diri Orem, Model adaptasi Roy, CFAM dan CFIM, serta Model pengkajian keluarga Friedman.

F. TES FORMATIF

1. Suatu rangkaian konsep, asumsi, dan ide-ide yang menggambarkan cara bagaimana perawatan kesehatan seharusnya diorganisasi dan dijalankan disebut dengan . . .
 - a. Proposisi
 - b. Statemen
 - c. Model Konseptual
 - d. Teori keperawatan

2. Model Konseptual yang dikembangkan oleh Friedman untuk melakukan pengkajian keluarga dengan mempertimbangkan 6 dimensi (struktur keluarga, pola komunikasi, fungsi keluarga, pengambilan keputusan, pengaturan peran, dan kesehatan keluarga) adalah . . .
 - a. FFAM
 - b. CFAM
 - c. CFIM
 - d. Orem

3. Model konseptual yang mengidentifikasi empat mode adaptasi keluarga, yaitu mode fisik-biologis, psikologis, sosial, dan spiritual adalah . . .
 - a. Roy
 - b. Roger
 - c. Orem

d. Calgary

G. LATIHAN

Silahkan lakukan penelusuran artikel ilmiah tentang penerapan model konseptual keperawatan keluarga, baik yang diterapkan di Indonesia maupun di luar negeri. Analisa aplikasi masing-masing model tersebut meliputi kasus penyakit apa saja, efektifitas dan kelemahan (jika ada) saat menerapkannya.



KEGIATAN BELAJAR 3 TREND ISSUE DALAM KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari konsep trend issue keperawatan keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman terkait konsep materi trend issue keperawatan keluarga.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan dan kemampuan sebagai berikut:

1. Mampu memahami konsep trend & issue dalam keperawatan keluarga
2. Mampu menjelaskan trend & issue dalam keperawatan keluarga yang terjadi saat ini
3. Mampu menyebutkan fungsi perawat dalam menyikapi trend dan issue

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN TREND & ISSUE

Trend adalah sesuatu yang sedang booming, aktual, dan sedang hangat diperbincangkan. Sedangkan isu adalah suatu peristiwa atau kejadian yang dapat diperkirakan terjadi atau tidak terjadi di masa mendatang, menyangkut ekonomi, moneter, sosial, politik, hukum, pembangunan nasional, bencana alam, hari kiamat, kematian, ataupun tentang krisis. Jadi, trend dan isu keperawatan keluarga merupakan sesuatu yang booming, actual, dan sedang hangat diperbincangkan serta desas-desus dalam ruang lingkup keperawatan keluarga.

B. TREND & ISSUE DALAM TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Trend & Issue Keluarga Pasangan Baru

- a) Kecemasan terhadap penyesuaian peran pada pasangan baru menikah.

Keluarga dengan pasangan baru memiliki tugas untuk memuaskan kedua pihak, menciptakan hubungan harmonis dengan kerabat/ persaudaraan, dan merencanakan untuk menjadi orang tua. Tantangan pada tahapan ini adalah bagaimana pasangan menghadapi perbedaan karakter dari dua individu.

Penyesuaian merupakan interaksi individu yang secara terus menerus dengan dirinya, orang lain dan dunianya. Individu yang mengalami gangguan penyesuaian peran memunculkan resiko mengalami kecemasan. Usia pernikahan yang masih dini mengharuskan pasangan untuk saling menyesuaikan diri terhadap peran masing-masing. Namun, tidak sedikit pasangan yang mengalami kesulitan dalam penyesuaian peran. Pada sebuah penelitian, ditemukan bahwa dari 43 responden, 33 diantaranya mengalami cemas ringan, sedangkan 10 sisanya mengalami cemas sedang. Berdasarkan penelitian tersebut, perempuan lebih rentan mengalami kecemasan. Selain itu,

usia pasangan yang masih belasan atau awal dua puluhan menjadi salah satu faktor rentannya kegagalan dalam penyesuaian. Hal ini dibuktikan dengan hampir 80% pasangan yang bercerai adalah di usia yang terbilang masih muda. Namun, semakin tinggi pendidikan maka semakin rendah kecemasan yang dialami.

2. Trend & Issue Keluarga Menanti Kelahiran Anak

- a) Inakseibilitas dan ketidakadekuatan fasilitas perawatan ibu dan anak

Faktor umur, pendidikan, pekerjaan dalam penelitian ini dapat mempengaruhi tingkat keberhasilan belajar dan penyerapan pengetahuan. Faktor pendekatan belajar suatu proses belajar untuk mendapatkan pengetahuan dengan segala cara atau strategi yang digunakan seseorang dalam menunjang keefektifan dan efisiensi dalam proses mendapat pengetahuan tertentu. Seorang ibu harus memiliki pengetahuan yang baik dalam merawat bayinya. Pengetahuan mempunyai peran yang penting dalam perilaku ibu merawat bayinya. Pengetahuan ibu tentang perawatan bayi sehari-hari akan membawa pemahaman yang mendalam pada ibu. Pemahaman ini akan menjadi dasar untuk melakukan perawatan bayi sehari-hari dengan baik dan benar.

3. Trend & Issue Keluarga dengan Anak Usia Prasekolah

- a) Masalah kesehatan fisik : penyakit menular, jatuh, luka bakar, keracunan dan kecelakaan lainnya

Masa anak prasekolah merupakan masa emas dimana terjadi perkembangan fisik dan psikologi anak sangat pesat. Oleh karena itu anak harus mendapatkan gizi yang baik, cukup dan seimbang. Anak usia prasekolah dikenal sebagai konsumen aktif, dimana anak mulai bisa memilih makanan yang disukainya. Pada masa ini anak mulai berinteraksi dengan lingkungan luar, sehingga berpengaruh terhadap konsumsi makanan anak. Anak

usia prasekolah sudah bisa mandiri makan sendiri dan main diluar lingkungan rumah, menyebabkan anak mudah terkena lingkungan kotor sehingga anak mudah terinfeksi penyakit tertentu.

4. **Trend & Issue Keluarga dengan Anak Usia Sekolah**

a) Pelecehan seksual pada anak

Pelecehan seksual pada anak yaitu melibatkan menekan atau memaksa anak untuk melakukan tindakan seksual. Di Indonesia, berdasarkan data laporan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (PPA) mencatat setidaknya ada 7.004 kasus kekerasan seksual pada anak sepanjang tahun 2021.

Dampak yang dialami oleh anak bervariasi dalam jangka pendek hingga panjang. Anak-anak yang dilecehkan dapat mengalami luka fisik hingga emosional dan psikologis. Dalam jangka panjang, anak-anak juga berisiko mengalami viktimisasi dan kekerasan di masa depan, penyalahgunaan zat dan bahkan penyakit infeksi menular seksual.

5. **Trend & Issue Keluarga dengan Anak Remaja**

a) Penyalahgunaan zat/narkoba pada remaja

Narkotika adalah zat atau obat baik bersifat alamiah, sintetis, maupun semi sintetis yang menimbulkan efek penurunan kesadaran, halusinasi, serta daya rangsang. Di tahun 2018 tercatat penanganan kasus penyalahgunaan narkotika sebanyak 1.039 kasus, 2019 sebanyak 951 kasus, 2020 sebanyak 833 kasus dan di tahun 2021 sebanyak 766 kasus. Meskipun jumlahnya terus menurun, namun tetap dalam angka yang besar. Dan dari data yang tersedia, para pecandu narkoba berusia antara 15 hingga 24 tahun.

Dampak buruk narkoba sudah tidak diragukan lagi. Seperti contohnya dampak fisik narkoba yaitu penyakit jantung,

paru-paru maupun saraf. Sedangkan dampak terhadap psikologis yaitu depresi, kriminalitas dan kekerasan.

6. **Trend & Issue Keluarga Melepaskan Anak Usia Dewasa Muda**

- a) Masalah komunikasi anak dengan orang tua (jarak), perawatan usia lanjut, masalah penyakit kronis; diabetes, hipertensi, kolesterol dll.

Komunikasi orang tua banyak mempengaruhi sikap remaja sebagai orang yang dianggap penting dalam hidupnya, sehingga mempengaruhi sikap remaja dalam mempersiapkan dirinya menuju masa pubertas, mengenali ciri fisik, maupun perubahan masa pubertas yang akan memunculkan sikap positif maupun sikap negatif pada remaja. Sikap tersebut yang akan membentuk karakter diri remaja saat berada di lingkungan sekitarnya.

7. **Trend & Issue Keluarga Orang Tua Paruh Baya**

- a) Anggota keluarga menderita penyakit kronis
Adanya anggota keluarga yang menderita penyakit kronis dapat menyebabkan perubahan fungsi struktur peran dalam keluarga. Adanya kekhawatiran atau kecemasan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dapat memicu konflik dalam keluarga. Tidak semua keluarga dapat mengatasi sakit dan penyakit. Beberapa keluarga menunjukkan ketidakmampuan dan kelelahan dalam mengatasi tantangan terkait masalah tersebut. Faktor-faktor yang mempengaruhi hal tersebut yaitu penyakit yang berlangsung lama yang menguras kemampuan keluarga untuk mendukung serta kurangnya informasi kesehatan dan sarana prasarana.

8. **Tren dan Issue Keluarga Lanjut Usia (Lansia)/Pensiunan**

- a) Perubahan peran dan fungsi pada lansia
Lansia merupakan masa evaluasi dimana individu

merefleksikan keberhasilan dan kerugian yang dialaminya semasa hidup. Peran individu sebagai lansia yaitu merenungkan dan memberi informasi tentang pengalaman yang dimiliki ke generasi muda. Memberi perspektif positif pada kehidupan anak cucu adalah kontribusi penting yang dapat diberikan oleh lansia. Sedangkan masalah kesehatan yang mungkin terjadi yaitu penurunan fungsi kognitif seperti kehilangan ingatan, pelupa, depresi sebagai reaksi kehilangan dan demensia.

C. TUGAS DAN PERAN PERAWAT

1. Terkait Kecemasan terhadap penyesuaian peran pasangan baru menikah
 - a. Melakukan skrining tingkat kecemasan pada pasangan baru menikah
 - b. Pembimbingan mekanisme coping kecemasan yang tepat
2. Terkait inakseibilitas dan ketidakadekuatan fasilitas perawatan ibu dan anak
 - a. Mengkaji peran orang tua, bagaimana kedua orang tua berinteraksi dengan bayi baru dan merawatnya serta bagaimana respon bayi.
 - b. Pengetahuan yang baik tentang perawatan bayi sehari-hari dapat dipengaruhi oleh peran petugas kesehatan khususnya bidan sebagai pemegang peran promotif dalam membantu keberhasilan ibu dalam melakukan perawatan bayi sehari-hari dengan tepat. Perawat diharapkan lebih meningkatkan dalam pemberian KIE, penyuluhan, dan pemberian leaflet tentang perawatan bayi sehari-hari.
3. Terkait masalah kesehatan fisik : penyakit menular, jatuh, luka bakar, keracunan dan kecelakaan lainnya
 - a. Peran perawat pada tahap ini yaitu membantu membentuk gaya hidup yang sehat, dan memfasilitasi pertumbuhan

fisik, intelektual, emosional, dan sosial yang optimal.

4. Terkait Pelecehan Seksual pada Anak
 - a. Pemberian pendidikan kesehatan seksual pada orang tua
 - b. Pemberian pendidikan bagi orang tua tentang pencegahan kekerasan seksual anak
 - c. Program pendidikan keluargaterkait pola asuh orang tua yang baik
 - d. Optimalisasi peran orang tua
5. Terkait Penyalahgunaan Zat/Narkoba Pada Remaja
Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan bersama dengan Puskesmas melakukan peran sesuai dengan Standar Pengendalian Penyalahgunaan Narkoba. Peran perawat dalam penanganan NAPZA dilihat dari 5 aspek yaitu pemberi asuhan keperawatan, advokator, edukator, kolaborator dan koordinator.
6. Terkait masalah komunikasi anak dengan orang tua (jarak), perawatan usia lanjut, masalah penyakit kronis; diabetes, hipertensi, kolesterol dll.
Peran perawat pada tahap ini yaitu memberikan strategi promosi untuk tetap menjaga komunikasi yang efektif dan adekuat serta promosi kesehatan dan gaya hidup sehat bagi anak dan orang tua.
7. Terkait Anggota Keluarga Menderita Penyakit Kronis
Perawat sebagai petugas kesehatan merupakan kunci dalam mengelola proses asuhan keperawatan. Perawat diharapkan mampu membantu keluarga dalam setiap pengambilan keputusan terkait perawatan dan proses pengobatan. Kebutuhan keluarga ketika salah satu anggotanya sakit tergantung pada stadium perkembangan penyakit, dimulai dengan proses diagnosis dan diakhiri dengan proses evaluasi.
8. Terkait Perubahan Peran Dan Fungsi Pada Lansia

Peran perawat dalam tahanan ini yaitu pengkajian dan intervensi yang relevan untuk mengidentifikasi masalah yang dihadapi lansia. Sebagai bagian dari profesionalisme, deteksi dini tanda dan gejala depresi dapat mencegah lansia melakukan hal-hal yang tidak diinginkan. Ketika dalam keluarga ada lansia yang demensia, maka perawat memiliki peran dalam memberikan edukasi kepada anggota keluarga, memberi dukungan dan memberikan informasi yang akurat tentang kondisi pasien yang menerima perawatan di rumah atau fasilitas kesehatan.

D. RANGKUMAN

Trend dan isu keperawatan keluarga merupakan sesuatu yang booming, aktual, dan sedang hangat diperbincangkan serta desas-desus dalam ruang lingkup keperawatan keluarga. Trend dan issue yang terjadi bervariasi pada setiap tahap usia perkembangan keluarga. Begitupun dengan peran perawat akan berbeda pada tiap masalah yang terjadi dan mungkin terjadi.

E. TES FORMATIF

1. Sebutkan trend issue yang terjadi pada keluarga dengan anak sekolah ?
 - a. Perubahan peran dan fungsi
 - b. Kehamilan dini
 - c. Kekerasan seksual
 - d. Penyakit kronis
 - e. Penyalahgunaan NAPZA
2. Bagaimana peran perawat dalam mengatasi trend issue pada keluarga lanjut usia ?
 - a. Memberikan edukasi kepada orang tua terkait pola asuh
 - b. Membantu dalam proses pengambilan keputusan perawatan dan pengobatan
 - c. Memberikan informasi kesehatan pada keluarga

- d. Mendidik anggota keluarga dan memberikan dukungan serta informasi kesehatan yang akurat
- e. Sebagai edukator, advokator dan kolaborator

F. LATIHAN

Berikan beberapa contoh trend dan issue yang terjadi saat ini di luar contoh yang telah diberikan dan jelaskan!



KEGIATAN BELAJAR 4 ANALISIS DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

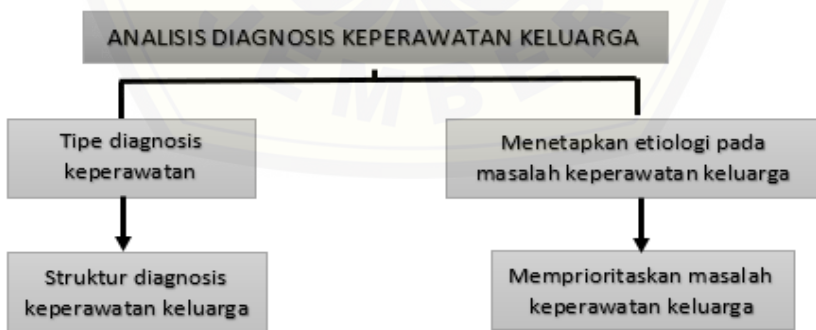
Kegiatan belajar 5 tentang analisis diagnosis keperawatan keluarga ada bab ini mahasiswa mempelajari cara menetapkan diagnosis keperawatan keluarga beserta etiologinya dan cara memprioritaskan masalah keperawatan keluarga

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Mampu Memahami definisi analisis diagnosis keperawatan keluarga
2. Mampu menjelaskan tipe diagnosis keperawatan keluarga
3. Mampu menjelaskan struktur diagnosis keperawatan keluarga
4. Mampu menetapkan etiologi pada masalah keperawatan keluarga
5. Mampu memprioritaskan masalah keperawatan keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

Diagnosis keperawatan merupakan kumpulan pernyataan, uraian dari hasil wawancara, pengamatan langsung dan pengukuran dengan menunjukkan status kesehatan mulai dari potensial, resiko tinggi, sampai masalah aktual.

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian, dan merupakan pertimbangan klinis/rasional dari perawat/ clinical judgement yang berfokus pada respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan terhadap respon dari individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Herdman, 2015 dalam Mendrofa dan hani, 2023).

Diagnosis keperawatan di area komunitas (keluarga, kelompok dan masyarakat) juga menggunakan rumusan diagnosis keperawatan International Classification for Nursing Practice (ICNP). ICNP membagi diagnosis keperawatan dalam lima kategori yaitu fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan (Wake & Coenen, 1998 dalam dalam mendrofa dan Hani, 2023).

Mendrofa dan Hani (2023), mengklasifikasikan Diagnosis keperawatan diagnosis negatif yang menunjukkan kondisi sakit atau berisiko pada klien sehingga akan mengarahkan pada intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan, dimana diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan risiko, Dan diagnosis positif atau diagnosis promosi kesehatan menunjukkan kondisi sehat pada klien dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal.

B. TIPE DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

Tipe-tipe diagnosis keperawatan keluarga sebenarnya ada beberapa, diantaranya :

1. **Diagnosis Aktual**

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Masalah ini memberikan gambaran berupa tanda dan gejala yang jelas mendukung bahwa masalah benar – benar terjadi. Contoh : Defisit pengetahuan, manajemen kesehatan tidak efektif.

2. **Diagnosis resiko**

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda dan gejala mayor dan minor pada klien. Namun klien memiliki factor risiko mengalami masalah kesehatan. Masalah ini sudah ditunjang dengan data yang akan mengarah pada timbulnya masalah kesehatan, bila tidak segera tangani. Pertimbangan klinis yang menggambarkan kerentanan individu, keluarga, kelompok atau komunitas yang memungkinkan berkembangnya suatu respon yang tidak diinginkan dari klien terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan. Contoh : risiko penyimpangan perilaku kesehatan

3. **Diagnosis Promosi kesehatan**

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ketingkat yang lebih baik atau optimal. Rasional dari perawat yang menggambarkan motivasi atau keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensi kesehatan individu, keluarga, kelompok atau komunitas atau status kesehatan berada pada kondisi sehat dan ingin meningkat lebih optimal. Respon dinyatakan dengan kesiapan meningkatkan perilaku kesehatan. Setiap label ini diawali dengan frase 'Kesiapan Meningkatkan'. Contoh kesiapan meningkatkan koping keluarga

C. STRUKTUR DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

Struktur diagnosis keperawatan terdiri atas :

1. Problem / masalah (P)
2. Etiologi (E)
3. Sign/Syptom (S).

Metode Penulisan Diagnosis

No	Jenis diagnosis keperawatan	Komponen dan Penulisan Diagnosis
1	Aktual	Masalah b.d penyebab d.d tanda/gejala
2	Risiko	Masalah d.d factor risiko
3	Promosi Kesehatan	Masalah d.d tanda/gejala

Keterangan : b.d : berhubungan dengan, d.d : dibuktikan dengan

D. MENETAPKAN ETIOLOGI

Menentukan penyebab atau etiologi dalam perumusan diagnosis keperawatan dengan model single diagnosis diangkat dari lima tugas keluarga (Safrudin Yahya, 2021) antara lain :

1. Petidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
 - a. Persepsi tingkat keparahan penyakit
 - b. Definisi
 - c. Tanda dan gejala
 - d. Sebab
 - e. Pandangan keluarga tentang masalah tersebut
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
 - a. Pengetahuan keluarga tentang sifat dan tingkat masalah
 - b. Keluarga merasakan masalahnya

- c. Keluarga itu menyerah atas masalah yang dialaminya
 - d. Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e. Kurangnya kepercayaan pada petugas kesehatan
 - f. Informasinya salah
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga
 - a. Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit ?
 - b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c. Sumber sumber yang ada didalam keluarga
 - d. Sikap keluarga terhadap yang sakit
 4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 - a. Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b. Pentingnya hygiene sanitasi
 - c. Upaya pencegahan penyakit
 5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada
 - a. Keberadaan Fasilitas Kesehatan
 - b. Manfaat
 - c. Kepercayaan keluarga pada petugas kesehatan
 - d. Pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi keluarga

E. PRIORITAS MASALAH

Prioritas masalah dibagi menjadi 3 komponen, yaitu ;

1. Kriteria
2. Bobot
3. Pembeneran

1. Kriteria penilaian

a. Sifat masalah terdiri atas :

1. Aktual dengan nilai 3
2. Resiko tinggi dengan nilai 2
3. Potensial dengan nilai 1

Pembeneran mengacu pada masalah yang sedang terjadi,

baru menunjukkan tanda dan gejala atau bahkan dalam kondisi sehat.

b. Kemungkinan masalah untuk diubah :

1. Mudah dengan nilai 2
2. Sebagian dengan nilai 1
3. Tidak dapat dengan nilai 0

Pembenaran mengacu pada : masalah, sumber daya keluarga, sumber daya perawat dan sumber daya lingkungan.

c. Potensial masalah untuk dicegah :

1. Tinggi dengan nilai 3
2. Cukup dengan nilai 2
3. Rendah dengan nilai 1

Pembenaran mengacu pada berat ringannya masalah, jangka waktu terjadinya masalah, tindakan yang akan dilakukan, kelompok resiko tinggi yang bisa dicegah.

d. Menonjolnya masalah :

1. Segera diatasi dengan nilai 2
2. Tidak segera diatasi dengan nilai 1
3. Tidak dirasakan ada masalah dengan nilai 0

Pembenaran mengacu kepada ; persepsi keluarga terhadap masalah.

2. Bobot

- a. Sifat masalah dengan bobot 1
- b. Kemungkinan masalah untuk diubah dengan bobot 2
- c. Potensial masalah untuk dicegah dengan bobot 1
- d. Menonjolnya masalah dengan bobot 1.

3. Pembeneran

- a. Alasan penentuan subkriteria
- b. Dampak terhadap kesehatan keluarga
- c. Ditunjang dari data hasil pengkajian

11. Cara Penghitungan

- a. Skor/ angka tertinggi dikalikan dengan bobot.
- b. Jumlah skor.
- c. Skor tertinggi menjadi masalah prioritas.

F. RANGKUMAN

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian atau merupakan pertimbangan klinis yang berfokus pada respon manusia terhadap kondisi kesehatannya. Diagnosis keperawatan keluarga memiliki tipe diagnosis actual, risiko dan promosi kesehatan, dengan struktur problem, etiologi dan symptom, dimana pada etiologi dihubungkan dengan lima tugas keluarga. Dan diagnosis keperawatan keluarga memiliki cara untuk memprioritaskan masalah dengan tiga komponen yaitu kriteria, bobot dan pembenaran. Dan penetapan diagnosis menggunakan SDKI (Standar Diagnosis keperawatan Indonesia) yang menjadi tolak ukur pedoman penegakan diagnosis. Standar ini menjadi komitmen profesi keperawatan dalam memberikan perlindungan kepada klien dari asuhan keperawatan yang dilakukan oleh anggota profesi perawat

G. TES FORMATIF

1. Kasus : Sebuah keluarga didapatkan data : anak sering mengeluh sakit gigi, gigi geraham terlihat berlobang, kebiasaan menggosok gigi 1x sehari, anak senang makan manisan/ permen. Ibu merasa susah untuk mengontrol makanan anaknya tapi mengetahui dampak negatif dari perilaku tersebut. Apakah penyebab masalah keperawatan utama sesuai kasus di atas?
 - a. Ketidakmampuan keluarga memutuskan merawat anggota keluarga
 - b. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan

- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga
 - d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 - e. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
2. Kasus : Sebuah keluarga mempunyai seorang anak balita berusia 1 tahun yang sedang menderita diare tetapi ibu mengatakan diare adalah hal yang biasa pada anak balita, sebagai tanda anak akan besar.
Apakah penyebab masalah keperawatan utama sesuai kasus di atas?
- a. Ketidakmampuan keluarga memutuskan merawat anggota keluarga
 - b. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan
 - c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga
 - d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 - e. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
3. Sebuah keluarga mempunyai seorang orang anak balita berusia 1 tahun yang mengalami BAB cair lebih dari 3 kali dan sudah terjadi selama 3 hari, orang tua mengatakan diare adalah hal yang biasa terjadi pada anak balita, sebagai tanda anak akan besar. Apakah diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada kasus diatas ?
- a. Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal Diare
 - b. Diare berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diare
 - c. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diare
 - d. Risiko dehidrasi volume cairan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diare
 - e. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah diare
4. Sebuah keluarga (Tn. A) mempunyai seorang anak

perempuan yaitu An. B yang berusia 4 tahun, Tn. A mengatakan sekarang An.B sedang batuk pilek yang dirasakan sejak 1 minggu yang lalu, dan ia mengatakan bila anaknya batuk pilek tanpa demam maka hanya dibiarkan saja. Tn. A terlihat merokok sambil menggendong An. B dan suara nafas An. B terdengar krekles.

Apakah diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada kasus diatas ?

- a. Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal ISPA
- b. Tidak efektif bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah ISPA
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah ISPA
- d. Tidak efektif pola nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah ISPA
- e. Resiko penularan pada anggota keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah ISPA

H. LATIHAN

Kasus :

Tn. S (36 tahun) tinggal bersama keluarga. Keluarga ini terdiri dari Bpk. S sebagai ayah dan Ibu D (32 tahun) sebagai ibu bagi anak-anaknya yaitu anak pertama laki-laki An. A (11 tahun), anak kedua laki-laki An. H (6 tahun) dan anak ketiga laki-laki An. G (14 bulan). Tn. S sehari-hari bekerja sebagai wiraswasta dan Ibu D bekerja sebagai ibu rumah tangga, penghasilan keluarga Bpk. S ± 2.000.000,00 penghasilan keluarga Bpk. S digunakan untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari. Sebelumnya Ibu D tidak mengetahui An. G mengalami gizi kurang. Anak G baru diketahui mengalami gizi kurang sejak pertama kali pengkajian pada keluarga Bpk. S . Orang tua Ibu D mengalami hipertensi dan

sebelumnya An. A juga pernah mengalami gizi kurang ketika balita tapi sudah di katakan sembuh. An. G lahir secara normal dengan berat badan lahir normal, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dan sampai sekarang. Rumah Bpk. S tidak mempunyai ruang makan, biasanya keluarga Bpk. S makan tidak bersama-sama keluarga. Saat dilakukan pengkajian Ibu D mengatakan An. G makan 3 kali sehari, tidak suka makan sayur dan ibu D lebih suka menyiapkan kerupuk karena praktis dan disenangi anak - anaknya. An. G juga sering menangis jika didekati oleh orang lain dan sering mengalami demam, An. G sudah bisa jalan tapi belum bisa untuk menyusun mainan sendiri. Ibu D juga sangat jarang membawa An. G untuk konsultasi gizi ke puskesmas dan ke posyandu dikarenakan malas, Ibu D tidak mampu menjawab saat ditanya tentang penyakit An. G. Hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan pada An. G yaitu BB 7,5 kg, TB 70 cm, LiLA 13 cm, lingkar perut 45 cm, An. G tidak tampak kurus, konjungtiva anemis, warna rambut kecoklatan, kulit tampak pucat, perut tampak buncit, balita tampak tidak bersih dan rapi. An. G tampak sering menangis dan tidak mau dipegang oleh orang lain. Data kesehatan anggota keluarga lain adalah Bpk. S dan Ibu D memiliki tekanan darah yang normal yaitu (110/70 mmHg) dan IMT juga normal. Sedangkan An. A, dan An. H memiliki IMT yang tidak normal yaitu termasuk kategori kurus berat.

1. Tuliskan Analisa data dan masalah keperawatan yang dapat muncul !
2. Tuliskan 2 diagnosa Keperawatan yang dapat muncul !
3. Tuliskan dan lakukan prioritas pada masalah keperawatan yang muncul (sesuai soal no.2) !

KEGIATAN BELAJAR 5 RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

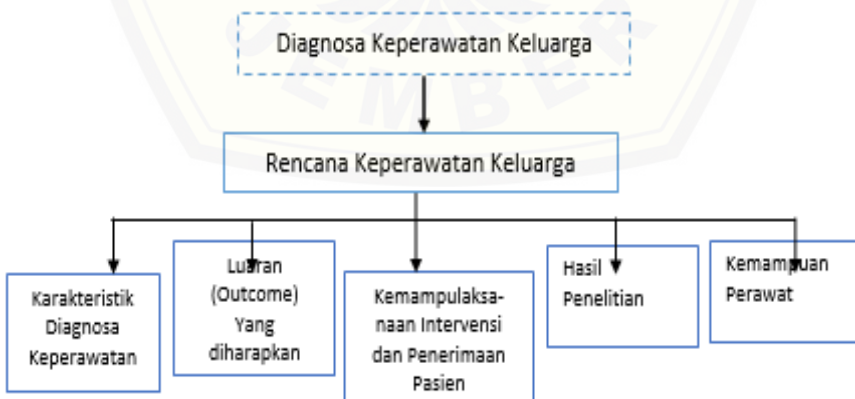
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar teoritis perencanaan keperawatan keluarga. Diharapkan mahasiswa melakukan Intervensi keperawatan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Mampu mendefinisikan perencanaan keperawatan keluarga.
2. Mampu menjelaskan tujuan perencanaan keperawatan keluarga
3. Mampu memprioritaskan masalah keperawatan keluarga
4. Menyusun tujuan dan hasil yang diharapkan pada perencanaan keperawatan keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. DEFINISI PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA

Rencana Keperawatan Keluarga adalah berbagai tindakan yang akan perawat ambil selama perawatan untuk membantu keluarga mengatasi masalah keperawatan dengan mempertimbangkan peran perawat dan semua anggota keluarga.

Setelah pengkajian dan diagnosis keperawatan dibuat oleh perawat, langkah berikutnya adalah membuat rencana asuhan keperawatan. Semua tindakan atau perawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis mereka untuk mencapai hasil yang diharapkan disebut intervensi keperawatan. Strategi perawat untuk menangani masalah kesehatan klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya dikenal sebagai intervensi keperawatan keluarga. Penetapan masalah, tujuan, dan rencana tindakan adalah bagian dari perencanaan keperawatan keluarga (Riasmini et al., 2017)

B. TUJUAN PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA

Perencanaan keperawatan keluarga dirancang untuk membantu perawat berkomunikasi saat memberikan askep kepada keluarga, meningkatkan konsistensi askep, dan mencatat proses dan hasil. Ini juga berfungsi sebagai pedoman bagi perawat untuk bertindak terhadap keluarga dan melakukan evaluasi

Perencanaan asuhan keperawatan sangat penting untuk menjaga kontinuitas perawatan. Perencanaan pelayanan kesehatan adalah proses merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling penting, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mengatasi masalah tersebut. Dokumentasi perencanaan asuhan keperawatan yang tidak berkesinambungan dalam rekam medis berdampak pada kualitas asuhan pasien. (Harnilawati, 2013)

Perencanaan keperawatan diperlukan sebelum melakukan tindakan keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah salah satu tahap dari proses keperawatan. Ini dimulai dengan menetapkan tujuan khusus dan umum, menetapkan standar dan kriteria, dan membuat rencana untuk mengatasi masalah keluarga. Tujuan dibagi menjadi jangka pendek (khusus) dan jangka panjang (umum). Tingkatan ini digunakan untuk membedakan masalah yang dapat diselesaikan oleh keluarga secara mandiri. Tujuan khusus atau jangka pendek adalah spesifik, dapat diukur, dapat memotivasi, atau memberi kepercayaan pada keluarga bahwa kemajuan sedang membuat mereka menuju tujuan jangka panjang atau umum. Tujuan jangka panjang atau umum adalah tujuan akhir yang menguraikan tujuan luas yang diharapkan keluarga dapat tercapai.

Faktor penentu intervensi keperawatan terdiri atas:

1. Karakteristik Diagnosis Keperawatan
2. Luaran (*outcome*) yang diharapkan
3. Kemampulaksanaan Intervensi dan penerimaan pasien
4. Hasil penelitian
5. Kemampuan Perawat

1. Karakteristik diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga terbagi atas diagnose aktual, diagnose risiko dan diagnosis promosi kesehatan (Indonesia, 2016). Intervensi keperawatan sesuai dengan karakteristik diagnosa di atas, maka intervensi keperawatan diharapkan dapat mengatasi etiologi dari diagnosis keperawatan. Apabila etiologi tidak dapat ditangani secara langsung maka intervensi keperawatan ditujukan untuk mengatasi tanda/gejala dari diagnosis keperawatan. Intervensi keperawatan pada diagnosis risiko, maka diarahkan untuk mengeliminasi factor risiko.

2. Luaran (*outcome*) Keperawatan yang diharapkan

Outcome keperawatan akan memberikan guidance (panduan)

atau arahan yang jelas dalam penentuan intervensi keperawatan. Luaran keperawatan merupakan hasil akhir yang ingin dicapai setelah diberikan intervensi keperawatan.

3. Kemampulaksanaan Intervensi Keperawatan

Perawat perlu mempertimbangkan waktu, tenaga dan sumber daya yang tersedia sebelum melaksanakan rencana Tindakan (intervensi) keperawatan kepada pasien (Tuasikal, 2022)

4. Kemampuan perawat

Perawat diharapkan mampu mengetahui alasan rasional, logis dan ilmiah terkait intervensi keperawatan yang dibuat serta memiliki keterampilan psikomotorik yang memadai untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan tersebut. Penerimaan Pasien (Jainurakhma et al., 2023)

Intervensi keperawatan haruslah dapat diterima oleh pasien yang sesuai dengan nilai-nilai atau preferensi budaya yang dianut oleh pasien (CAHYONO et al., n.d.). Ini penting untuk diketahui oleh perawat karena menyangkut aspek legal sebuah Tindakan keperawatan.

5. Hasil Penelitian

Evidence Based terkait dengan keperawatan menunjukkan efektifitas intervensi keperawatan yang dilakukan kepada pasien, sehingga penting sekali intervensi tersebut dilandasi oleh hasil penelitian (Saharman & Sunarno, 2022). Jika hasil penelitian belum tersedia maka perawat dapat menggunakan prinsip ilmiah atau berkonsultasi dengan perawat spesialis dalam menentukan pilihan intervensi keperawatan (Palopadang & Hidayah, 2019).

C. MENYUSUN TUJUAN DAN HASIL YANG DIHARAPKAN PADA PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA

Tujuan adalah hasil yang diinginkan untuk menyelesaikan masalah keperawatan klien. Setiap tujuan memiliki kriteria hasil yang mencakup elemen berikut :

S (Subyek) P (Predikat) K (Kriteria) K (Kondisi) W (waktu) Dengan uraian sebagai berikut :

S : Perilaku pasien yang diamati

P : Kondisi yang melengkapi pasien

K :Kata kerja yang dapat diukur atau untuk menentukan tercapainya tujuan

K : Sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan

W : Waktu yang ingin dicapai

Kriteria hasil, juga dikenal sebagai hasil yang diharapkan, adalah standar evaluasi yang menggambarkan elemen-elemen yang dapat menunjukkan bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan untuk pertimbangan. Kriteria hasil harus dapat diukur, dilihat, dan didengar, dan ditulis dengan kata-kata yang positif (Leniwita et al., 2023)

Karena keluarga bertanggung jawab atas kehidupan mereka, perawat harus menghormati keyakinan keluarga saat merumuskan tujuan dan kriteria hasil yang efektif.

Sistem klasifikasi yang sama yang digunakan oleh Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) juga digunakan oleh Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yang terdiri dari:

Setelah perawat menetapkan skor untuk diagnosis keperawatan keluarga, langkah berikutnya adalah menentukan luaran keperawatan. Ada berbagai jenis luaran keperawatan (PPNI 2016).

a. Luaran positif

Kondisi klien, prilaku, atau persepsi yang sehat disebut sebagai luaran positif. Dengan demikian, penerapan luaran keperawatan akan mendorong intervensi yang bersifat dan

berorientasi pada peningkatan atau perbaikan.

b. Luaran negatif

Luaran negatif terdiri dari kondisi, perilaku, atau persepsi yang tidak sehat tentang klien. Oleh karena itu, tujuan intervensi keperawatan adalah untuk memperbaiki kondisi klien

Dalam keperawatan keluarga, hal-hal berikut harus dipertimbangkan saat membuat tujuan (Riasmini et al., 2017):

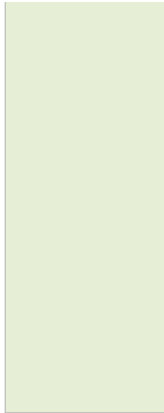
- a. Tujuan yang ditetapkan harus berfokus pada keluarga dan membantu perawat mengarahkan mereka untuk mencapai hasil yang diharapkan.
- b. Tujuan harus tepat, dapat diukur, dan dapat dicapai oleh keluarga.
- c. Tujuan harus menawarkan solusi alternatif untuk masalah yang dapat dipilih keluarga.
- d. Tujuan harus spesifik dan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang dibuat oleh perawat dan faktor-faktor yang mempengaruhi

Sistem klasifikasi yang sama yang digunakan oleh Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) juga digunakan oleh Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yang terdiri dari: factor fisiologi, psikologi, perilaku, Relasional, dan faktor Lingkungan.

Selain itu, penetapan intervensi keperawatan terdiri dari sejumlah elemen (PPNI, 2016b), yang meliputi: label, definisi dan Tindakan.

Berikut ini contoh pengisian rencana Tindakan keperawatan keluarga :

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan				
	Tujuan & Kriteria Hasil			Intervensi	
Penurunan Koping Keluarga D.0097	Status Koping Keluarga				
	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perilaku anggota keluarga dalam mendukung, memberi rasa nyaman dan memotivasi keluarga membaik				
Pengertian :	Kriteria Hasil:				
Ketidakadekuatan atau ketidakefektifan dukungan, rasa nyaman, bantuan dan motivasi orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang dibutuhkan klien untuk mengelola atau mengatasi masalah kesehatannya	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
	1	2	3	4	5
	1 Perasaan diabaikan				
	2 Kekhawatiran tentang anggota keluarga				
	3 Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga				
	1 2 3 4 5				
	Komitmen pada perawatan/pengobatan				
	1 2 4 5				
	Komunikasi antara anggota keluarga				
	1 2 4 5				
	Dukungan Koping Keluarga Observasi:				
	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini Identifikasi beban prognosis secara psikologis Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang 				
	Terapeutik:				
	<ul style="list-style-type: none"> Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi Diskusikan rencana medis dan perawatan Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan 				
	Edukasi				
	<ul style="list-style-type: none"> Informasikan kemajuan pasien secara berkala Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia 				
	Kolaborasi				
	<ul style="list-style-type: none"> Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu 				
	Promosi koping				
	Observasi				
	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan Identifikasi kemampuan yang dimiliki Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan Identifikasi pemahaman proses penyakit Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 				
	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi metode penyelesaian masalah Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial 				
	Terapeutik				
	<ul style="list-style-type: none"> Diskusikan perubahan peran yang dialami Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Diskusikan alas an mengkritik diri sendiri Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek 				



- mengancam
- Edukasi
- Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama
 - Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
 - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - Anjurkan keluarga terlibat
 - Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
 - Anjurkan keluarga terlibat
 - Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
 - Anjurkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
 - Latih penggunaan teknik relaksasi
 - Latih kemampuan social, sesuai kebutuhan
 - Latih mengembangkan penilaian objektif



- tertentu dalam perawatan
- Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
 - Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
 - Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
 - Motivasi terlibat dalam kegiatan social
 - Motivasi mengidentifikasi system pendukung yang tersedia
 - Damping saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan)
 - Perkenalkan dengan orang atau kelompok atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
 - Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
 - Kurangi rangsangan lingkungan yang

D. RANGKUMAN

Perencanaan adalah tahapan yang penting dalam proses keperawatan, karena menentukan tindakan apa yang akan dilakukan pada tahap pelaksanaan oleh perawat. Perencanaan keperawatan keluarga harus dibuat dengan klien dan keluarga. Perawat dan keluarga akan dapat mengidentifikasi sumber keluarga yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah kesehatan. Perencanaan keperawatan mencakup tujuan umum

dan khusus yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab. Selanjutnya, perencanaan keperawatan merumuskan tindakan keperawatan yang berorientasi pada kriteria dan standar tersebut.

E. TES FORMATIF

1. Setelah perawat menetapkan skor untuk diagnosis keperawatan keluarga langkah berikutnya adalah?
 - a. Menentukan diagnosa utama
 - b. Modifikasi perilaku
 - c. Melakukan Pendidikan kesehatan
 - d. Melakukan evaluasi
 - e. Menentukan luaran keperawatan
2. Penentuan skala prioritas masalah Kesehatan keluarga terdiri atas sifat masalah, kemungkinan dapat diubah, potensi masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah. Kriteria menonjolnya masalah berhubungan dengan ?
 - a. Kondisi klien saat adanya masalah
 - b. Kemauan klien dalam mengatasi masalah
 - c. Pengetahuan klien terhadap masalah
 - d. Keinginan klien untuk mengatasi masalah
 - e. Pengalaman klien dengan masalah yang sama
3. Langkah keempat perencanaan keperawatan Kesehatan keluarga ?
 - a. Penentuan masalah dan diagnose
 - b. Sasaran
 - c. Tujuan
 - d. Menentukan intervensi keperawatan yang tepat
 - e. Menyusun kriteria dan standard evaluasi

F. LATIHAN

1. Buatlah Intervensi keperawatan keluarga pada tingkat individu sesuai SIKI seperti yang telah dicontohkan pada tabel 1. Dengan diagnosa :



KEGIATAN BELAJAR 6 PROSES KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

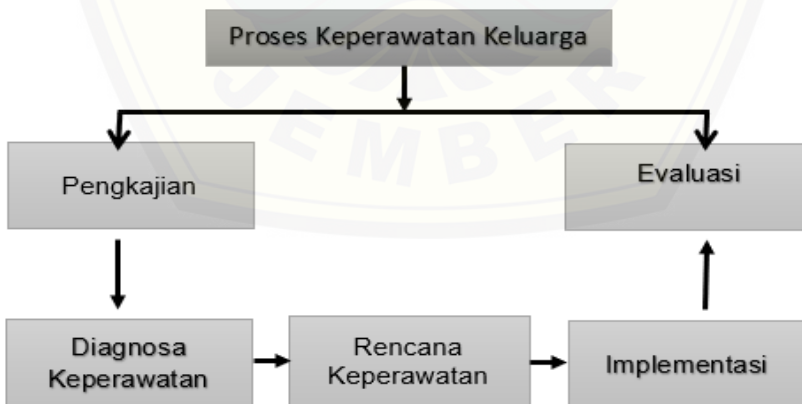
Pada bab ini mahasiswa mempelajari konsep proses keperawatan keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman dalam menetapkan dan menyusun proses keperawatan pada keluarga .

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Melakukan pengkajian pada keluarga.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan keluarga
3. Menetapkan rencana keperawatan keluarga
4. Melakukan tindakan keperawatan keluarga
5. Melakukan evaluasi keperawatan keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



PROSES KEPERAWATAN KELUARGA

Proses keperawatan adalah serangkaian tahapan atau komponen yang mengarah pada pencapaian tujuan. Proses keperawatan merupakan suatu metode yang sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah kesehatan dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah tersebut (Carol, 1991 dalam Bakri, 2017). Proses keperawatan adalah inti dan esensi keperawatan yang merupakan pusat dari tindakan keperawatan, dapat digunakan pada setiap setting pelayanan sehingga dapat menghasilkan asuhan keperawatan yang tepat khususnya kepada keluarga.

Keluarga adalah salah satu aspek terpenting dari perawatan. Keluarga bersama individu, kelompok dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan. Keluarga sebagai suatu kelompok individu di dalam keluarga dapat menimbulkan, mencegah mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Hampir setiap masalah kesehatan individu di dalam keluarga mulai dari awal sampai akhir akan dipengaruhi oleh keluarga. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarganya dan bukan individu itu sendiri yang mengusahakan tercapainya tingkat kesehatan yang diinginkannya (Wiratama, 2019). Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan jika terdapat disfungsi pada keluarga maka akan berdampak pada satu atau lebih anggota keluarga bahkan keseluruhan keluarga. Dalam hal ini terdapat peran dan fungsi perawat dalam pelayanan keperawatan keluarga yang merupakan unsur penting dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan mandiri.

Untuk itu diperlukan proses keperawatan keluarga yang merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan keperawatan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Depkes RI, 2010). Adapun tahapan proses keperawatan keluarga adalah sebagai berikut :

A. PENGKAJIAN

Pengkajian yaitu langkah awal dari proses keperawatan. dimana pengkajian merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus menerus terhadap keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian melalui proses dari anamnesa (wawancara), pemeriksaan atau pengkajian fisik anggota keluarga dan pemeriksaan diagnostik maupun laboratorium serta dokumen rekam medik (Dion dan Betan, 2015).

Pengkajian pada asuhan keperawatan keluarga terdiri dari dua tahap yaitu penjajakan tahap 1 dan penjajakan tahap 2. Sumber informasi dari tahapan pengkajian dapat menggunakan metode wawancara keluarga, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang (Ekasari, 2015)

Hal-hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah:

1. Pengumpulan Data

- a) Data umum terdiri dari: identitas kepala keluarga, tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi keluarga, aktivitas rekreasi
- b) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga terdiri dari: tahap perkembangan keluarga saat ini, tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat kesehatan keluarga inti, riwayat kesehatan keluarga sebelumnya
- c) Data lingkungan terdiri dari: karakteristik dan denah rumah, karakteristik tetangga dan komunitasnya, mobilitas keluarga, perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, sistem pendukung keluarga.
- d) Struktur keluarga terdiri dari: pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur dan peran keluarga, nilai dan norma keluarga.
- e) Fungsi Keluarga terdiri dari Fungsi Afektif, Fungsi Sosial, Fungsi pemenuhan (perawatan/pemeliharaan) kesehatan,

- Fungsi reproduksi, Fungsi ekonomi
- f) Stres dan koping keluarga terdiri dari stresor jangka pendek dan panjang, kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/streaos, strategi koping yang digunakan, strategi adaptasi disfungsional
 - g) Pemeriksaan Fisik
 - h) Harapan Keluarga

Menurut Friedman et al (2014), Perawat dalam melakukan pengkajian data-data dalam keluarga, juga melakukan pengkajian tingkat kemandirian dalam keluarga. Adapun tingkat kemandirian keluarga dapat dilihat dari tujuh criteria berikut ini :

- a. Kriteria 1: Keluarga menerima perawat
- b. Kriteria 2: Keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga
- c. Kriteria 3: Keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- d. Kriteria 4: Keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran
- e. Kriteria 5: Keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran
- f. Kriteria 6: Keluarga melakukan tindakan pencegahan secara aktif
- g. Kriteria 7: Keluarga melakukan tindakan promotif secara aktif

2. Analisa Data

Setelah data terkumpul (dalam format pengkajian) maka selanjutnya dilakukan analisa data yaitu mengkaitkan data dan menghubungkan dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan keluarga. Cara analisa data adalah :

- a) Validasi data, yaitu meneliti kembali data yang terkumpul dalam format pengkajian
- b) Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan biopsiko –

- social dan spiritual
- c) Membandingkan dengan standart
- d) Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang keluarga. Diagnosa ini berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah keluarga yang dapat di tangani oleh perawat (Harefa, 2019).

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan hasil dari analisis data sari hasil pengkajian keluarga, yang dimana diagnosisnya diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga, dan lingkungan keluarga (Andarmoyo, 2012).

Diagnosa keperawatan keluarga mengacu pada PES dimana untuk problem (P) dapat digunakan rumusan NANDA sebagai masalah individu yang sakit dan etiologi (E) berkenaan dengan lima tugas keluarga dalam hal kesehatan atau keperawatan yaitu ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga, ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, dan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Sedangkan sign (S) merupakan sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat dari keluarga secara langsung atau tidak yang mendukung masalah dan penyebab.

Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari:

- a. Aktual (terjadi defisit/ gangguan kesehatan)
- b. Resiko (ancaman kesehatan)
- c. Keadaan sejahtera (Wellness)

Dalam menetapkan diagnosa keperawatan keluarga perlu

mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

1. Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan Keluarga

Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Proses skoring dapat dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut:

- a. Tentukan skor terlebih dahulu sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat
- b. Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh} \times \text{bobot}}{\text{Skor tertinggi}}$$

- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5)

Skoring Diagnosis Keperawatan Menurut Bailon & Maglaya (1978) sebagai berikut:

NO	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah		1
	- Aktual (tidak/kurang sehat)	3	
	- Ancaman kesehatan	2	
	- Krisis atau keadaan Sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	- Mudah		
	- Hanya sebagian	2	
	- Tidak dapat	1 0	

3	Potensi masalah dapat dicegah - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah - Masalah berat, harus segera ditangani - Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani - Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

2. Penyusunan Prioritas Diagnosis Keperawatan

Prioritas didasarkan pada diagnosis keperawatan yang mempunyai skor tertinggi dan disusun berurutan sampai yang mempunyai skor terendah. Namun, perawat perlu mempertimbangkan persepsi keluarga terhadap masalah keperawatan yang perlu diatasi segera.

C. RENCANA KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan adalah segala macam tindakan (treatment) yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis oleh perawat untuk mencapai luaran (outcome) yang sesuai harapan (PPNI, 2016). Perencanaan keperawatan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan yang dimulai dari penentuan tujuan (khusus dan umum), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga.

Adapun beberapa tingkat tujuan yang disusun dalam jangka pendek (khusus) dan jangka panjang (umum). Tingkatan ini digunakan untuk membedakan masalah yang dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga. Tujuan khusus atau jangka pendek sifatnya

spesifik, dapat diukur, dimotivasi atau memberi kepercayaan pada keluarga bahwa kemajuan sedang dalam proses dan membimbing keluarga ke arah tujuan jangka panjang atau umum. Tujuan jangka panjang atau umum merupakan tujuan akhir yang menyatakan maksud-maksud luas yang diharapkan oleh keluarga agar dapat tercapai. Selanjutnya terdapat penetapan kriteria dan standar yang di dalamnya memuat komponen yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (tindakan) (Dion & Betan, 2015).

D. IMPLEMENTASI

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya. Implementasi pada asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya. Implementasi yang ditunjukkan pada individu meliputi :tindakan keperawatan langsung, tindakan kolaboratif dan pengobatan dasar, tindakan observasi dan tindakan pendidikan kesehatan (Riasmini dkk, 2017).

Menurut Setiawati (2008) dalam Wahyuni, dkk (2021), Adapun prinsip yang mendasar implementasi keperawatan keluarga antara lain:

1. Implementasi mengacu pada rencana perawatan yang dibuat.
2. Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah.
3. Kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan.
4. Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi

Menurut Meliyana dan Nurfajri (2021), Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal

- masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
- a. Memberikan informasi
 - b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - c. Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara:
- a. Mengidentifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - c. Mendiskusikan tentang konsekwensi tiap tindakan
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara:
- a. Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c. Mengawasi keluarga melakukan perawatan
4. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
- a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan dengan seoptimal mungkin
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara:
- a. Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

E. EVALUASI

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon klien dan pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, serta implementasi dari proses keperawatan dan mengkaji ulang asuhan

keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2009).

Tahapan evaluasi perawatan keluarga meliputi :

1. Evaluasi formatif (proses) Adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan dan bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan, sistem penulisan evaluasi formatif ini biasanya ditulis dalam catatan kemajuan atau menggunakan sistem SOAP yaitu :
 - S : Hal yang dikemukakan oleh keluarga atau anggota keluarga.
 - O : Hal yang diperoleh dari hasil ukur/pemeriksaan perawat.
 - A : Analisa hasil yang telah dicapai, biasanya mengacu pada masalah atau tujuan.
 - P : Rencana tindakan yang akan dilakukan.
2. Evaluasi sumatif (hasil) Adalah evaluasi akhir yang bertujuan untuk menilai secara keseluruhan, sistem penulisan evaluasi sumatif ini dalam bentuk catatan naratif atau laporan ringkasan Ada beberapa metode yang perlu dilaksanakan dalam melakukan evaluasi diantaranya adalah observasi langsung, wawancara, memeriksa laporan dan latihan stimulasi (Dion & Betan, 2015)

F. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian diatas maka proses keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan yang sistematis yang bertujuan untuk menganalisis masalah kesehatan keluarga dan menentukan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut. Dalam kegiatannya proses keperawatan keluarga memiliki beberapa tahapan yaitu dimulai dari melakukan pengkajian pada keluarga dan melakukan analisa terhadap data yang didapatkan, kemudian merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan penilaian hasil skoring dan prioritas masalah

keperawatan, menetapkan rencana keperawatan keluarga dimulai dari penentuan tujuan (khusus dan umum), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga, selanjutnya melakukan tindakan keperawatan pada keluarga dengan memperhatikan prioritas masalah dan kekuatan yang dimiliki oleh keluarga agar nantinya dapat menstimuli keluarga dalam memenuhi tugas keperawatan keluarga yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan. serta tahapan terakhir melakukan evaluasi keperawatan keluarga untuk menilai sejauh mana keefektifan proses asuhan yang sudah diberikan kepada keluarga tercapai.

G. TES FORMATIF

Perawat A melakukan observasi di salah satu keluarga X didapatkan data rumah kotor, sampah berserakan dan ventilasi kurang.

1. Data yang dikemukakan diatas termasuk dalam komponen pengkajian?
 - a. Data umum
 - b. Riwayat kesehatan keluarga
 - c. Data lingkungan
 - d. Struktur keluarga
 - e. Fungsi perawatan kesehatan

2. Ibu N mengalami diare sebanyak 4 kali disertai mual dan muntah, namun Ibu A mengatakan masih mau makan dan minum. Tipologi diagnosa keperawatan apa yang tepat dari kasus diatas?
 - a. actual
 - b. Resiko
 - c. Potensial
 - d. Sejahtera
 - e. Krisis

3. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x50 menit keluarga mampu mengenal defenisi dan penyebab nyeri. Pernyataan rencana keperawatan diatas merupakan contoh dari?
 - a. Tujuan Umum
 - b. Tujuan Khusus
 - c. Kriteria
 - d. Standar
 - e. Intervensi

4. Seorang perawat sedang melakukan kunjungan rumah pada keluarga Tn.K, perawat tersebut menjelaskan tentang hipertensi yaitu defenisi, penyebab, tanda dan gejala serta pencegahannya. Tindakan perawat tersebut merupakan bagian dari menstimuli kesadaran keluarga?
 - a. Mengenal masalah kesehatan
 - b. Mengambil keputusan
 - c. Merawat keluarga
 - d. memodifikasi lingkungan
 - e. Memanfaatkan fasilitas kesehatan

5. Ibu N mengatakan sudah mengerti cara mengurangi nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam. pernyataan diatas merupakan bagian dari evaluasi?
 - a. S (subjektif)
 - b. O (Objektif)
 - c. A (Analisa data)
 - d. P (planning)
 - e. Sumatif

H. LATIHAN

Buatlah satu contoh masalah keperawatan keluarga, tentukan skoring dan susun rencana tindakan, implementasi serta evaluasi dari masalah tersebut.

KEGIATAN BELAJAR 7 TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar teoritis tindakan keperawatan keluarga.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Mampu mendefinisikan tindakan keperawatan keluarga.
2. Mampu menjelaskan indikasi tindakan keperawatan keluarga.
3. Mampu menjelaskan tahapan tindakan keperawatan keluarga.
4. Mampu menjelaskan bentuk tindakan keperawatan keluarga.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA

Tindakan merupakan realisasi dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2008). Perawat melakukan tindakan keperawatan keluarga untuk membantu pasien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan membantu pasien, keluarga, dan komunitas dengan meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, spritual, budaya, dan lingkungan tempat mereka mendapatkan bantuan (American Nurses Association, 1995).

B. INDIKASI UNTUK INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA

Tindakan keperawatan keluarga dilakukan jika situasi berikut terjadi (Sudiharto, 2007):

1. Ada anggota keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan anggota keluarga yang dipengaruhi
2. Ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang berdampak negatif pada anggota keluarga yang lain
3. Individu yang mengalami masalah atau gejala menerima dukungan dari anggota keluarganya
4. Gejala salah satu anggota keluarga meningkat, sementara anggota keluarga lainnya mengalami penurunan
5. Untuk pertama kali seorang anggota keluarga didiagnosis penyakit
6. Perkembangan emosional, tingkah laku, atau fisik anak atau remaja saat anggota keluarga yang sakit
7. Seorang anggota keluarga yang menderita penyakit jangka panjang pulang ke rumah atau pindah dari suatu institusi ke komunitas
8. Seseorang dalam keluarga menderita penyakit yang fatal

C. TAHAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA

Tindakan keperawatan keluarga terdapat 3 tahap, yaitu (Setiadi, 2008):

1. Tahap 1: Persiapan

- Perjanjian dengan keluarga tentang kapan dilakukan, berapa lama waktunya, materi yang akan dibahas, siapa yang melakukan dan anggota keluarga yang perlu mendapatkan informasi)
 - Peralatan yang dibutuhkan dipersiapkan
 - Mengatur lingkungan yang kondusif
 - Aspek-aspek hukum dan etik diidentifikasi

2. Tahap 2: Intervensi

Tindakan keperawatan keluarga didasarkan pada kewenangan dan tanggungjawab perawat secara professional adalah:

a. Independent

Tindakan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan kemampuan keperawatan mereka sendiri, tanpa arahan atau petunjuk dari tenaga kesehatan lainnya.

Lingkup tindakan independent diantaranya yaitu:

- Mengkaji status kesehatan klien dan keluarganya melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik
- Menentukan diagnosis keperawatan
- Menentukan tindakan keperawatan
- Melakukan rencana pengukuran
- Merujuk ke tenaga professional kesehatan lainnya
- Mengevaluasi terhadap respon klien
- Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan atau konsumen lainnya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan

Tipe tindakan independent keperawatan terdiri dari 4 kategori, diantaranya yaitu:

- 1) Tindakan diagnostik
 - Wawancara dengan klien

- Observasi dan pemeriksaan fisik pada klien
Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana dan membaca hasil dari pemeriksaan tersebut
- 2) Tindakan terapeutik
Tindakan untuk meminimalkan dan menangani masalah klien
 - 3) Tindakan edukatif
Tindakan untuk mengubah perilaku klien dengan mempromosikan kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada klien
 - 4) Tindakan merujuk
Tindakan bekerjasama dengan tim professional kesehatan lainnya
- b. Interdependent
Tindakan yang memerlukan kerjasama dengan tenaga medis dan tenaga non medis misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapis, dokter, dan lainnya.
- c. Dependent
Pelaksanaan dari rencana tindakan medis.
3. Tahap 3: Dokumentasi
Semua kejadian harus dicatat secara menyeluruh dan akurat dalam proses tindakan keperawatan dilakukan.

D. BENTUK TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA

1. Penyuluhan

Tindakan keperawatan utama dengan mengajar keluarga tentang sistem kesehatan, sakit, perawatan kesehatan, dinamika keluarga, pengasuhan anak, dan masalah terkait lainnya. Strategi mengajar merupakan proses pada klien untuk mempermudah belajar. Meskipun perubahan perilaku tidak dapat terjadi atau diamati secara langsung, tujuan belajar adalah untuk mendorong perilaku sehat pada klien.

Tujuan-tujuan penyuluhan kesehatan (Steiger & Lipson, 1985):

- a. Memberikan informasi kepada klien sehingga mereka dapat membuat keputusan yang tepat tentang hubungannya dengan kesehatan dan sakit.
- b. Membantu mereka berpartisipasi secara efektif dalam perawatan dan penyembuhan.
- c. Membantu mereka beradaptasi dengan penyakit dan pengobatan mereka.
- d. Membantu mereka merasa puas dengan upaya mereka sendiri untuk meningkatkan kesehatan mereka.

Penyuluhan memberi klien informasi, yang membantu mereka mengatasi perubahan dan peristiwa dalam hidup secara lebih efektif (Watson, 1985). Mendapatkan informasi yang bermakna membantu anggota keluarga untuk memiliki kontrol perasaan serta dapat mengurangi stres. Selain itu, memberi mereka kemampuan untuk memecahkan masalah dan menetapkan pilihan mereka sendiri.

2. **Konseling**

Sebagian besar perawat menganggap konseling diperuntukan pasien kesehatan mental. Inti dari tindakan keperawatan keluarga yaitu dengan adanya konseling keluarga. Proses dalam pemberian bantuan interaktif antara klien dengan konselor yang biasa kita sebut dengan konseling. Konseling fokus pada hal-hal berikut: empati atau ikut mengalami dan merasakan perasaan dan perilaku orang lain, penerimaan atau penghargaan positif tanpa syarat, ketulusan dalam arti tidak berpura-pura serta bersahaja dan jujur dalam hubungan antara klien dan perawat (Rogers, 1951).

Untuk membantu keluarga dalam menghadapi krisis, konseling keluarga sering digunakan. Salah satu tugas perawat di sini adalah untuk meningkatkan pemahaman keluarga tentang kompetensi dan meningkatkan kemampuan mereka untuk koping keluarga, termasuk membantu mereka memecahkan

masalah.

3. Kontrak

Kontrak adalah cara terbaik bagi seorang perawat keluarga untuk membantu keluarga dan individu dalam perawatan diri. Salah satu cara terbaik untuk melibatkan keluarga bekerjasama adalah dengan membuat kontrak (Friedman, 1998).

Kontrak merupakan perjanjian kerja yang dibuat antara dua orang atau lebih, misalnya pada seorang perawat dan keluarga (Friedman, 1998). Kontrak terus menerus dapat dinegosiasi agar tepat waktu dan relevan. Kontrak dapat ditulis maupun berupa bentuk verbal. Salah satu keuntungan membuat kontrak yaitu ketika kontrak selesai, mengevaluasi kemajuan kemudian dapat membuat kontrak baru atau memutuskan hubungan.

Klien dianggap sebagai bagian penting dari perawatan kesehatan mereka selama kontrak. Pelaksanaan yang efektif kontrak bergantung pada partisipasi keluarga. Kontrak harus dibuat dengan rasa tanggung jawab dan anggota keluarga yang sesuai karena mencakup masalah kesehatan keluarga.

4. Manajemen Kasus

Secara klinis, manajemen kasus dianggap sebagai proses pengambilan keputusan. Untuk klien keluarga yang didiagnosa memiliki kebutuhan serius, jangka panjang, dan kompleks, intervensi seperti strategi dan proses manajemen kasus dapat digunakan (Friedman, 1998). Manajemen kasus merupakan peran utama dari para perawat di rumah dan kesehatan komunitas serta menjelaskan bahwa mereka membantu membuat dan mengkoordinasi pelayanan kesehatan, fiskal, sosial, dan lingkungan yang diperlukan oleh klien anggota keluarga.

Advokasi klien adalah bagian penting dari manajemen kasus. Advokat bertindak atas nama individu atau kelompok (Kosik, 1972). Para perawat keluarga yang berbasis komunitas sangat cocok untuk berfungsi sebagai penasihat atau advokat. Perawat yang berada di komunitas bekerja dengan keluarga-keluarga yang miskin, tidak berdaya dan tanpa harapan. Perawat yang bekerja di rumah sakit juga memiliki kesempatan penting untuk bertindak sebagai advokat keluarga, menjamin keluarga dan anggotanya mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan dan berkualitas tinggi.

Koordinasi merupakan inti dari manajemen kasus. Manajemen kasus mengacu pada koordinasi pelayanan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan klien yang kompleks dalam satu lokasi kontrol (Seltzer et al., 1989). Perawat harus berusaha secara konsisten untuk meningkatkan sistem rujukan antara lembaga kesejahteraan dalam komunitas dan berbagai fasilitas perawatan kesehatan. Mereka juga harus bersedia berbagi informasi dengan lembaga tempat rujukan dilakukan. Perawat yang berorientasi pada keluarga sering berfungsi sebagai jembatan antara keluarga dan berbagai layanan dengan memperkenalkan keluarga terhadap sumber-sumber yang tersedia dalam masyarakat, mengefektifkan kontinuitas perawatan, dan mengkoordinasi dan memonitor layanan yang diterima klien.

5. Kolaborasi

Perawatan kesehatan kolaboratif, juga dikenal sebagai kolaborasi, mengacu pada perawatan yang diberikan oleh sejumlah profesional kesehatan yang bekerja sama secara erat untuk menyediakan perawatan yang menyeluruh dan terintegrasi (Glenn, 1987). Salah satu intervensi yang terpisah dari perawat keluarga adalah kolaborasi, yang merupakan teknik penting dalam manajemen kasus. Tim kesehatan dapat terdiri dari berbagai profesi, tergantung pada sumber lembaga, praktik dari tenaga kesehatan kesehatan keluarga, dan

kebutuhan keluarga.

Kolaborasi meningkatkan hubungan profesional, yang menghasilkan rasa hormat, pemahaman bersama, dan pembuatan keputusan bersama (Clark, 1984). Agar tim bekerja dengan baik, setiap anggota harus memiliki pemahaman yang sama tentang posisi dan tanggung jawab mereka, serta tujuan dari setiap perencanaan penanganan.

6. Konsultasi

Perawat keluarga sering berfungsi sebagai konsultan bagi profesional lain dalam bidang kesehatan, kesejahteraan, dan pendidikan, serta sebagai profesional ketika mereka membutuhkan informasi dan bantuan untuk klien individual dan keluarga (Friedman, 1998). Oleh karena itu, konsultasi dimasukkan sebagai tindakan keperawatan keluarga yang umum. Kegiatan memberikan saran atau layanan disebut konsultasi. Perundingan bersama selalu terjadi dalam keperawatan dalam kasus tertentu atau klien yang mengalami masalah kesehatan. Melakukan wawancara dengan keluarga dan melakukan penelitian terhadap mereka adalah bagian dari konsultasi. Para perawat yang berorientasi pada keluarga, yang bekerja sebagai spesialis perawat klinik, perawat sekolah, konselor keluarga, perawat kesehatan komunitas, atau perawat okupasi kesehatan, sangat mengutamakan konsultasi.

E. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian diatas tindakan keperawatan keluarga merupakan realisasi dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dilingkungan keluarga. Tindakan keperawatan keluarga dilakukan jika terdapat situasi tertentu terjadi salahsatunya yaitu apabila terdapat anggota keluarga yang menderita penyakit yang berdampak negatif pada anggota keluarga yang lain. Tindakan keperawatan keluarga terdiri dari 3 tahapan yaitu diawali dengan persiapan dilanjutkan dengan

intervensi dan diakhiri dengan dokumentasi. Terdapat beberapa bentuk tindakan keperawatan keluarga yang sering digunakan diantaranya yaitu penyuluhan, konseling, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi dan konsultasi.

F. TES FORMATIF

1. Pada tindakan keperawatan keluarga terdapat tahapan yang harus dilakukan, salah satunya yaitu ...
 - a. Pengkajian Fisik
 - b. Isolasi
 - c. Dokumentasi
 - d. Pemeriksaan Diagnostik
 - e. Konsultasi
2. Bentuk tindakan keperawatan keluarga yang sering dilakukan, kecuali ...
 - a. Manajemen Kasus
 - b. Kolaborasi
 - c. Konsultasi
 - d. Kontrak
 - e. Mediasi

G. LATIHAN

Berikan beberapa contoh kondisi yang dianjurkan dilakukannya tindakan keperawatan keluarga!

KEGIATAN BELAJAR 8

PENGAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN PENYAKIT KUSTA SESUAI SASARAN

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

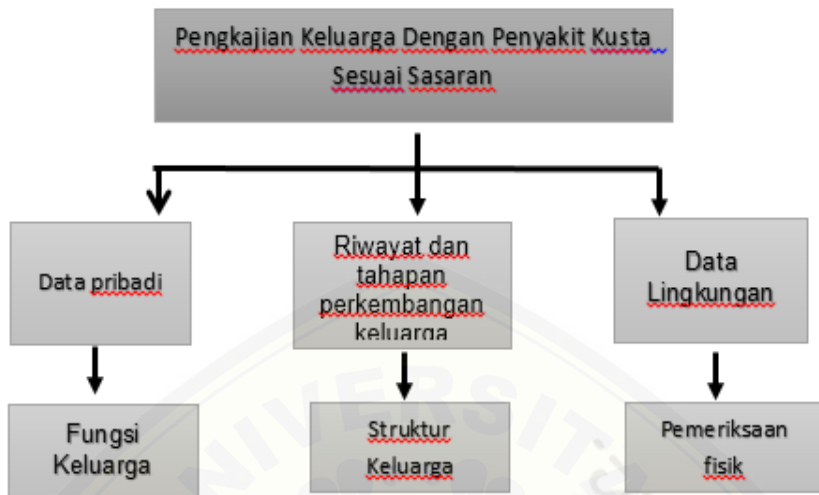
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengkajian keperawatan keluarga pada klien dengan kusta sesuai sasaran. Diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan, pemahaman dan kemampuan sebagai dasar dalam melakukan pengkajian keperawatan keluarga kusta sesuai sasaran untuk pengumpulan data.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Mampu menguraikan definisi pengkajian keluarga sesuai sasaran
2. Mampu melakukan pengkajian untuk pengumpulan data pribadi keluarga sesuai sasaran.
3. Mampu melakukan pengkajian untuk pengumpulan data Lingkungan keluarga sesuai sasaran.
4. Mampu melakukan pengkajian untuk pengumpulan data riwayat dan tahapan perkembangan keluarga sesuai sasaran
5. Mampu melakukan pengkajian untuk pengumpulan data fungsi dan struktur keluarga sesuai sasaran.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN PENGKAJIAN KELUARGA SESUAI SASARAN

Penyakit kusta merupakan sebuah penyakit disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae*. Penyakit kusta (Morbus hansen) menyerang tubuh manusia, terutama dikulit dan susunan syaraf tepi, dan memerlukan waktu yang sangat lama. Orang yang sangat rentan penyakit ini yaitu bertempat di wilayah endemic dengan kondisi kurang baik, gizi tidak baik, air yang tidak memadai, asupan gizi yang buruk, air yang tidak bersih, dan adanya penyertaan penyakit lain seperti HIV yang dapat menekan sistem imun. Penularannya melalui area kulit dan saluran pernafasan secara berulang-ulang dan dalam jangka waktu yang lama. Sedangkan Pengkajian keluarga sesuai sasaran adalah proses awal dalam mendapatkan atau mengumpulkan data dan status kesehatan pada keluarga klien dengan Morbus Hansen (kusta).

B. DATA PRIBADI

Data pribadi keluarga dengan penyakit kusta sesuai sasaran yaitu meliputi:

a. Data Umum

- Nama kepala keluarga, usia, pendidikan, pekerjaan, dan alamat kepala keluarga, komposisi anggota keluarga yang terdiri atas nama atau inisial, jenis kelamin, tanggal lahir, atau umur, hubungan dengan kepala keluarga, status imunisasi dari masing-masing anggota keluarga, dan genogram (genogram keluarga dalam tiga generasi).
- Tipe keluarga, menjelaskan jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut. Tipe keluarga dengan kusta sesuai sasaran adalah keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak.
- Suku bangsa atau latar belakang budaya (etnik), mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut, serta mengidentifikasi budaya suku bangsa terkait dengan kesehatan. Agama, mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.
- Status sosial ekonomi keluarga, ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu, status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.
- Aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang, rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersamasama 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.

C. RIWAYAT DAN TAHAPAN PERKEMBANGAN

KELUARGA

1. Tahap Perkembangan Keluarga saat Ini
Data ini ditentukan oleh anak tertua dalam keluarga. Tahapan keluarga pada keluarga dengan penyakit kusta sesuai sasaran yaitu Keluarga Tn A adalah Nuclear family yang terdiri dari bapak, ibu, dan anak- anak yang tinggal dalam satu rumah.
2. Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga saat ini yang belum terpenuhi dan alasan mengapa hal tersebut belum terpenuhi.
3. Riwayat Keluarga Inti
Data ini menjelaskan mengenai penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-anggota keluarga, status imunisasi, sumber kesehatan yang biasa digunakan serta pengalaman menggunakan pelayanan kesehatan. Tahapan keluarga pada keluarga dengan penyakit kusta sesuai sasaran yaitu Riwayat kesehatan keluarga saat ini : anggota keluarga dalam keadaan sehat. Terkecuali pada Anak.F. yang mengalami masalah kesehatan, yakni penyakit Morbus Hansen (kusta) sejak 3 bulan dan sedang menjalani pengobatan.
4. Riwayat Keluarga Sebelumnya
Data ini menjelaskan riwayat kesehatan dari pihak suami dan istri.Tahapan keluarga pada keluarga dengan penyakit kusta sesuai sasaran yaitu keluarga tidak ada yang menderita kusta sebelumnya. Kusta yang diderita oleh anggota keluarga An. F karena pergaulan dengan teman yang menderita kusta.

D. DATA LINGKUNGAN

a. Karakteristik Rumah

Data ini menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah ruangan,jumlah jendela,pemanfaatan ruangan, penempatan perabot rumah tangga, jenis WC, serta jarak WC ke sumber air. Data karakteristik rumah disertai juga dalam bentuk denah.

Pengkajian pada tahap ini yaitu letak posisi rumah yang ditempatinya secara jelas. Keluarga memiliki rumah dengan luas 5x8 cm, bentuk bangunan permanen, komposisi rumah dari teras, ruang tamu, 3 kamar tidur, dapur, kamar mandi dan gudang, Karakteristik rumah : Semi permanen. Sarana sanitasi lingkungan meliputi sumber air minum dari air galon dengan keadaan air secara makroskopik bersih. Air limbah keluarga dibuang ke selokan, buang air besar dan buang air kecil di WC dengan jenis WC leher angsa dan status kepemilikan WC milik sendiri. Pemeliharaan WC bersih, Pembuangan sampah di tempat sampah yang disediakan.



Gambar 8.1 Denah Rumah

b. Karakteristik Tetangga dan Komunitas

Pengkajian pada tahap ini yaitu mengenai rumah dekat pada tetangga dan kebiasaan budaya yang mempengaruhi kesehatan.

c. Mobilitas Geografis Keluarga

Biasanya keluarga cenderung memiliki tempat tinggal yang menetap disuatu tempat atau berpindah-pindah. Pengkajian pada tahap ini yaitu rumah keluarga yang ditempatinya

menetap dari dulu sampai sekarang.

d. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Keluarga

Pengkajian pada tahap ini yaitu mengenai adanya interaksi keluarga dengan sesama tetangga dan mengikuti organisasi pengajian yang dilakukan.

E. FUNGSI KELUARGA

Terdapat 5 Fungsi keperawatan keluarga dengan penyakit kusta sesuai sasaran yaitu :

1. Fungsi Afektif

Pengkajian pada fungsi ini yaitu gambaran diri dari keluarga yaitu perasaan dan dukungan yang diberikan pada keluarga dan keharmonisan antar anggota (Andarmoyo, 2012). Pengkajian afektif pada pasien dengan kusta yaitu adanya pemberian dukungan dan selalu menciptakan kehangatan dan keharmonisan dalam keluarga dengan saling menghargai.

2. Fungsi Sosial

Pengkajian pada fungsi sosial adalah bagaimana hubungan dalam keluarganya, belajar disiplin, dan menerapkan norma, serta perilaku (Andarmoyo,2012).Pengkajian sosial pada pasien kusta yaitu adanya Interaksi antar sesama anggota keluarga sangat baik, begitu juga dengan masyarakat sekitar.

3. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi ini yang dikaji sejauhmana keluarga menyiapkan kebutuhan sandang, pangan, dan papan, dan perawatan anggota keluarga yang sakit. Hal-hal yang dikaji sejauhmana melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga (Andarmoyo, 2012). Fungsi perawatan yang dikaji pada pasien dengan kusta yaitu:

- a. Fungsi perawatan untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala serta

yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah. Kemampuan keluarga dengan penyakit kusta dalam mengenal sehat sakit, cara pencegahan dan perawatan masih kurang, yaitu terkait personal hygiene penggunaan peralatan mandi dan makan yang masih secara bersamaan digunakan pakaian anggota keluarga yang terkena kusta dicuci gabung dengan baju anggota keluarga yang lain, peralatan mandi dan makan yang masih secara bersamaan digunakan.

- b. Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Kemampuan keluarga yang tepat akan mendukung proses perawatan. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dengan penyakit kusta yaitu keluarga memutuskan membawa anggota keluarga yang sakit ke puskesmas untuk diperiksakan terkait gejala penyakit kusta yang dialami.
- c. Untuk mengetahui sejauh mana keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga tahu cara merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga belum mengetahui cara perawatan kusta pada anggota keluarga yang sakit kusta.

4. Fungsi Reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, siklus menstruasi, merencanakan jumlah anggota keluarga, serta metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga. Pengkajian fungsi reproduksi pada keluarga ditemukan Anak F berjenis kelamin perempuan yang mengalami menstruasi teratur setiap bulan dengan lama masa haid selama 4-7 hari.

5. Fungsi Ekonomi

Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan. fungsi ini juga termasuk

pengaturan pemakaian penghasilan keluarga serta menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang. Pengkajian ekonomi pada keluarga sesuai sasaran yaitu:keluarga Tn. A mencari nafkah untuk mencukupi kebutuhan sandang, pangan, papan, serta mengatur sebaik mungkin pengeluaran keuangan keluarga dengan pendapatan Tn. A. perbulan Rp. 2.500.000 yang dirasakan cukup dalam memenuhi kebutuhan keluarganya.

F. STRUKTUR KELUARGA

1. Sistem Pendukung Keluarga

Kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang sekitar untuk mengubah perilaku keluarga dalam mendukung kesehatan dalam keluarga. Penyelesaian masalah lebih baik jika dilakukan dengan musyawarah sehingga menimbulkan perasaan saling menghargai.

2. Pola Komunikasi Keluarga

Jika komunikasi yang terjadi secara terbuka dan dua arah akan sangat mendukung bagi klien dan keluarga. Dalam proses penyembuhan karena adanya partisipasi dari setiap anggota keluarga.

3. Struktur Peran

Bila anggota keluarga dapat menerima dan melaksanakan perannya dengan baik akan membuat anggota keluarga puas dan menghindari terjadinya konflik dalam keluarga dan masyarakat.

4. Nilai/Norma Keluarga

Perilaku setiap anggota keluarga yang dapat dilihat dari nilai dan norma yang ada dalam keluarga.

G. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik tidak hanya dilakukan untuk pasien saja melainkan seluruh anggota keluarga yang meliputi pemeriksaan

Head to toe (Padila,2012).

a. Keadaan Umum

Klien biasanya dalam keadaan demam karena adanya reaksi berat pada tipe I, reaksi ringan, berat tipe II morbus hansen, lemah karena adanya gangguan saraf tepimotorik .Mengkaji tingkat kesadaran (GCS) kehilangan sensasi yang normal nya eye (4) verbal (5),dan motorik (6) ,susunan saraf di kaji (Nervusl-XII) dan gangguan penglihatan:

b. Pemeriksaan Fisik Kepala, Mata dan hidung

Aspek pemeriksaan	Nama anggota keluarga						
	Tn A	Ny A	An N	An F	An N	An F	An F
Kepala	Bentuk simetris, rambut bersih, keadaan kulit kepala bersih, warna rambut hitam, keluhan tidak ada.	Bentuk simetris, rambut bersih, keadaan kulit kepala bersih, warna rambut hitam, keluhan tidak ada.	Bentuk simetris, rambut bersih, keadaan kulit kepala bersih, warna rambut hitam, keluhan tidak ada.	Bentuk simetris, rambut bersih, keadaan kulit kepala bersih, warna rambut hitam, keluhan tidak ada.	Bentuk simetris, rambut bersih, keadaan kulit kepala bersih, warna rambut hitam, keluhan tidak ada.	Bentuk simetris, rambut bersih, keadaan kulit kepala bersih, warna rambut hitam, keluhan tidak ada.	Bentuk simetris, rambut bersih, keadaan kulit kepala bersih, warna rambut hitam, keluhan tidak ada.
Mata	Ketajaman penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kelainan.	Ketajaman penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kelainan.	Ketajaman penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kelainan.	Ketajaman penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kelainan.	Ketajaman penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kelainan.	Ketajaman penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kelainan.	Ketajaman penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kelainan.
Hidung	bentuk simetris, tidak ada pendarahan dan peradangan, fungsi, penciuman baik. Tidak ada kelainan.	bentuk simetris, tidak ada pendarahan dan peradangan, fungsi, penciuman baik.	bentuk simetris, tidak ada pendarahan dan peradangan, fungsi, penciuman baik. Tidak ada	bentuk simetris, tidak ada pendarahan dan peradangan, fungsi, penciuman baik.	bentuk simetris, tidak ada pendarahan dan peradangan, fungsi, penciuman baik.	bentuk simetris, tidak ada pendarahan dan peradangan, fungsi, penciuman baik. Tidak ada	bentuk simetris, tidak ada pendarahan dan peradangan, fungsi, penciuman baik. Tidak ada

Gambar 8.2: Pemeriksaan Fisik Kepala, Mata dan hidung

c. Pemeriksaan Fisik Telinga, Mulut dan Leher

Telinga	bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan dan tidak ada kelainan.	bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan dan tidak ada kelainan.	bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan dan tidak ada kelainan.	bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan dan tidak ada kelainan.	bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan dan tidak ada kelainan.	bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan dan tidak ada kelainan.	bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan dan tidak ada kelainan.
Mulut	Keadaan gigi baik, dan tampak bersih, tidak ada masalah menelan. Tidak ada kelainan.	Keadaan gigi baik, dan tampak bersih, tidak ada masalah menelan. Tidak ada kelainan.	Keadaan gigi baik, dan tampak bersih, tidak ada masalah menelan. Tidak ada kelainan.	Keadaan gigi baik, dan tampak bersih, tidak ada masalah menelan. Tidak ada kelainan.	Keadaan gigi baik, dan tampak bersih, tidak ada masalah menelan. Tidak ada kelainan.	Keadaan gigi baik, dan tampak bersih, tidak ada masalah menelan. Tidak ada kelainan.	Keadaan gigi baik, dan tampak bersih, tidak ada masalah menelan. Tidak ada kelainan.
Leher	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid, arteri jugularis teraba.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid, arteri jugularis teraba.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid, arteri jugularis teraba.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid, arteri jugularis teraba.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid, arteri jugularis teraba.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid, arteri jugularis teraba.	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid, arteri jugularis teraba.

Gambar 8.3: Pemeriksaan Fisik Telinga, Mulut dan Leher

d. . Pemeriksaan Fisik Kardiovaskuler, Ekstermitas dan Genitalia

Kardiovaskular	TD : 130/90 mmHg R : 24x/m N : 90x/m S : 37°C	TD : 120/90 mmHg R : 22x/m N : 80x/m S : 36°C	TD : 120/90 mmHg R : 24x/m N : 82x/m S : 36,5°C	TD : 130/90 mmHg R : 24x/m N : 90x/m S : 37°C	TD : 110/80 mmHg R : 24x/m N : 86x/m S : 36,5°C	TD : 120/90 mmHg R : 24x/m N : 88x/m S : 37°C	TD : 110/80 mmHg R : 24x/m N : 90x/m S : 37°C
Ekstermitas	baik, tidak ada kelainan	Baik, tidak ada kelainan.	baik, tidak ada kelainan	Baik, tidak ada kelainan.	baik, tidak ada kelainan	Baik, tidak ada kelainan.	Terdapat bercak pada pergelangan kaki kanan, bahu kiri dan ada bercak pada betis kanan
Genitalia	Tidak ada keluhan pada genitalia,	Tidak ada keluhan pada genitalia,	Tidak ada keluhan pada genitalia,	Tidak ada keluhan pada genitalia,	Tidak ada keluhan pada genitalia,	Tidak ada keluhan pada genitalia,	Tidak ada keluhan pada genitalia,

Gambar 8.4 Pemeriksaan Fisik Kardiovaskuler, Ekstermitas dan Genitalia

H. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian di atas maka kesimpulannya adalah pengkajian pada keluarga dengan penyakit kusta sesuai sasaran terdiri dari pengumpulan data pribadi yang meliputi: data umum (Nama kepala keluarga, usia, pendidikan, pekerjaan, dan alamat kepala keluarga, komposisi anggota keluarga yang terdiri atas nama atau inisial, jenis kelamin, tanggal lahir, atau umur, hubungan dengan kepala keluarga, status imunisasi dari masing-masing anggota keluarga, dan genogram (genogram keluarga dalam tiga generasi). Tipe keluarga, Suku bangsa atau latar belakang budaya (etnik), mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut. Agama yang dapat mempengaruhi kesehatan. Status sosial ekonomi keluarga, aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang. Riwayat dan tahapan perkembangan keluarga sesuai pada penyakit kusta sesuai sasaran meliputi: tahapan perkembangan keluarga saat ini, tahapan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat keluarga inti, data lingkungan yang meliputi: karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat. fungsi keluarga yang meliputi: fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi perawatan kesehatan, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, struktur keluarga yang meliputi: sistem pendukung keluarga, pola komunikasi keluarga, struktur peran dan pemeriksaan fisik secara head to toe.

I. TES FORMATIF

1. Perawat T melakukan pengkajian keluarga pada Tn. A dengan hasil keluarga terdiri dari Ayah, ibu dan anak. Apakah Tipe keluarga Tn. A tersebut??
 - a. **Keluarga nuclear**
 - b. Keluarga extended
 - c. Keluarga single adult
 - d. Keluarga tradisional

- e. Keluarga dyadic
2. Perawat T melakukan pengkajian keluarga pada keluarga Tn. A dengan hasil anak tertuanya berusia 21 tahun. Apakah Tahapan perkembangan keluarga Tn. A tersebut?
- a. **Tahapan kperkembangan keluarga dengan dewasa**
 - b. Tahapan kperkembangan keluarga dengan remaja
 - c. Tahapan kperkembangan keluarga dengan Anak
 - d. Tahapan kperkembangan keluarga dengan Lansia
 - e. Tahapan kperkembangan keluarga dengan Anak kuliah
3. Perawat T melakukan pengkajian keluarga pada Tn. A dengan hasil keluarganya mampu memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan. Apakah jenis pengkajian yang dilakukan?
- a. Sosialisasi
 - b. Afektif
 - c. **Ekonomi**
 - d. Perawatan kesehatan
 - e. Reproduksi

Kunci Jawaban:

- 1. A
- 2. A
- 3. C

J. LATIHAN

Tolong lakukan pengkajian keluarga pada penyakit kusta sesuai sasaran di sekitar lingkungan tempat tinggal anda berdasarkan format pengkajian keluarga yang diberikan.

KEGIATAN BELAJAR 9 ANALISIS DAN PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA SESUAI SASARAN

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada BAB ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar diagnosis keperawatan keluarga sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan merumuskan diagnosis keperawatan yang sesuai berdasarkan data - data yang telah dikumpulkan dan dianalisis. Sasaran penegakan diagnosis keperawatan keluarga ini adalah pada level individu di mana setiap anggota keluarga melihat keluarga sebagai konteks individu menurut konsep Friedmann.

KOMPETENSI

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menganalisa data hasil pengkajian keluarga
2. Merumuskan diagnosis keperawatan keluarga
3. Menentukan Prioritas Diagnosis Keperawatan Keluarga

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

Proses keperawatan dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Tahap yang paling sulit dalam proses keperawatan adalah perumusan diagnosis keperawatan karena dalam tahap ini memerlukan analisis yang mendalam terhadap data - data yang telah terkumpul melalui pengkajian ketika seorang perawat membuat perumusan yang benar dalam diagnosis keperawatan, maka langkah selanjutnya akan mudah untuk dilaksanakan karena saat ini sudah ada panduan SOP nya.

Diagnosis keperawatan merupakan fase kedua dalam proses keperawatan setelah pengkajian keperawatan. Perawat memulainya dengan mengelompokkan riwayat kesehatan klien dan status kesehatannya (Ackley et al., 2021). Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis yang diolah oleh perawat yang kompeten tentang respons manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya, atau kerentanan terhadap respons tersebut, oleh individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (Potter et al., 2021). Diagnosis ini dikembangkan dengan pertimbangan yang matang dari penilaian fisik pasien dan dapat membantu mengukur hasil dari rencana asuhan keperawatan (Matt, 2020).

Keluarga didefinisikan sebagai kelompok individu yang memiliki hubungan darah, perkawinan, atau emosi yang saling terkait dan mendukung satu sama lain. Keluarga adalah unit dasar dalam perawatan pasien karena mereka dapat memiliki pengaruh yang signifikan pada kesehatan dan pemulihan pasien. Definisi ini mencakup anggota keluarga biologis, angkat, atau keluarga yang dibentuk melalui pernikahan atau ikatan emosi. Definisi keluarga selama ini mungkin kurang tepat untuk diartikan "semua orang yang tinggal dalam satu rumah tangga" karena, di satu sisi, definisi tersebut dapat mencakup orang-orang yang tidak memiliki hubungan kekerabatan, dan di sisi lain, dapat mengecualikan

anggota keluarga yang telah meninggalkan rumah untuk sementara waktu (Sharma, 2013).

Konsep keperawatan keluarga menurut Friedemann, 1989 terbagi ke dalam tiga sistem tingkat yaitu **tingkat individu**, di mana setiap anggota keluarga melihat keluarga sebagai konteks individu; **tingkat interpersonal**, di mana percakapan membahas pasangan dan unit yang lebih besar; dan **tingkat sistem keluarga**, di mana komponen sistem struktural dan fungsional yang berinteraksi dengan lingkungan.

Diagnosis keperawatan keluarga ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian kepada keluarga. Kompetensi untuk mahasiswa program studi diploma 3 keperawatan adalah keperawatan keluarga pada tingkat individu sebagaimana yang sudah dijelaskan oleh Friedemann.

B. ANALISIS DATA DAN IDENTIFIKASI MASALAH KEPERAWATAN KELUARGA

Langkah pertama dari lima langkah proses keperawatan adalah pengkajian yang meliputi pengumpulan data secara berkala dan sistematis, penyortiran, analisis, dan pengorganisasian data dan dokumentasi serta penyebaran data. Pengumpulan informasi tentang kebutuhan fisik, mental, sosial, dan spiritual pasien adalah bagian dari pengkajian keperawatan. Selanjutnya data tersebut dikelompokkan menjadi dua yaitu data subjektif dan objektif (Toney-Butler & Unison-Pace, 2018).

Proses pengumpulan dan analisis data tentang keluarga sebagai sistem terbuka yang berinteraksi dengan lingkungan dikenal sebagai pengkajian keperawatan keluarga, yang menggunakan model Friedman (Yahya, 2021). Model ini terdiri dari enam pertanyaan, yaitu:

1. **Informasi identitas** keluarga seperti nama, alamat, telepon,

- komposisi, tipe, dan latar belakang budaya.
2. **Riwayat dan tahap perkembangan** keluarga, seperti sejarah perkawinan, kelahiran, kematian, penyakit, perubahan pekerjaan, pendidikan, dan lain-lain yang mempengaruhi dinamika keluarga.
 3. **Data lingkungan**, seperti properti fisik dan lingkungan sekitar rumah, ketersediaan sumber daya dan bantuan, dan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga.
 4. **Struktur** keluarga, seperti struktur peran, nilai, komunikasi, dan kekuatan yang ada dalam keluarga. Struktur ini menunjukkan hubungan anggota keluarga satu sama lain dan dengan orang-orang di luar keluarga..
 5. **Fungsi** keluarga, seperti fungsi afektif, sosialisasi, pelayanan kesehatan, ekonomi, dan reproduksi yang dilakukan oleh keluarga. Fungsi ini menunjukkan bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarganya dan masyarakat.
 6. **Koping** keluarga, seperti strategi dan sumber daya yang digunakan oleh keluarga untuk mengatasi stres dan masalah yang dihadapi. Koping ini menunjukkan bagaimana keluarga beradaptasi dengan perubahan dan tantangan dalam kehidupan.

Perawat menganalisis data pengkajian setelah dikumpulkan untuk membuat generalisasi dan membuat hipotesis untuk diagnosis keperawatan. Perawat melakukan hal-hal seperti menganalisis data, menggabungkan informasi, menemukan hipotesis untuk diagnosis keperawatan yang mungkin, melakukan pengkajian tambahan jika diperlukan, dan membuat pernyataan diagnosis keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Cara menganalisis data hasil pengkajian keperawatan keluarga sebagai berikut:

1. Bandingkan data hasil pengkajian dengan nilai normal atau nilai rujukan yang bisa didapatkan dari berbagai sumber

rujukan.

2. Pengelompokan data tanda dan gejala yang dianggap berarti (signifikan) dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar.

Proses pengelompokan data ini dapat dilakukan secara deduktif, menggunakan kategori pola dan kemudian mengelompokkan data sesuai kategorinya, atau secara induktif, dengan memilah data sehingga membentuk sebuah pola.

Setelah analisis data selesai, perawat dan klien berkolaborasi untuk menentukan masalah apa yang sebenarnya, resiko, dan atau promosi kesehatan (identifikasi masalah). Pernyataan masalah kesehatan ini berkaitan dengan label diagnosis keperawatan.

C. PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA SESUAI STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)

Diagnosis keperawatan yang terekam dalam SDKI sebanyak 149, yang terbagi menjadi 5 kategori dan 14 subkategori dan terdiri atas dua jenis yaitu diagnosis keperawatan negatif dan positif. **Lima kategori** tersebut adalah (1) fisiologis, (2) psikologis, (3) perilaku, (4) relasional dan (5) lingkungan. **Sub kategorinya** sebagai berikut (1) respirasi, (2) sirkulasi, (3) nutrisi dan cairan, (4) eliminasi, (5) aktivitas dan istirahat, (6) neurosensori, (7) reproduksi dan seksualitas, (8) nyeri dan kenyamanan, (9) integritas ego, (10) pertumbuhan dan perkembangan, (11) kebersihan diri, (12) penyuluhan dan pembelajaran, (13) interaksi sosial, (14) keamanan dan proteksi.

Berikut ini gambar untuk menjelaskan tipologi diagnosis keperawatan yang diambil dari SDKI PPNI sebagai berikut:



Gambar 9.1 Jenis Diagnosis Keperawatan (sumber: Indonesia, 2016)

Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien sedang dalam kondisi sakit (**aktual**) atau berisiko mengalami sakit (**risiko**). Penegakkan diagnosis ini menuntut intervensi menyembuhkan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*), dan pencegahan (*preventif*).

Diagnosis aktual adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatannya atau proses kehidupannya saat ini yang dapat menyebabkan masalah kesehatannya. Karakteristik diagnosis aktual adalah tanda dan atau *gejala mayor* maupun *minor* dapat ditemukan dan divalidasi ke klien.

Diagnosis risiko adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Dalam diagnosis risiko, klien tidak menunjukkan tanda atau gejala tertentu, tetapi mereka memiliki faktor-faktor yang menunjukkan bahwa klien berisiko mengalami masalah kesehatan.

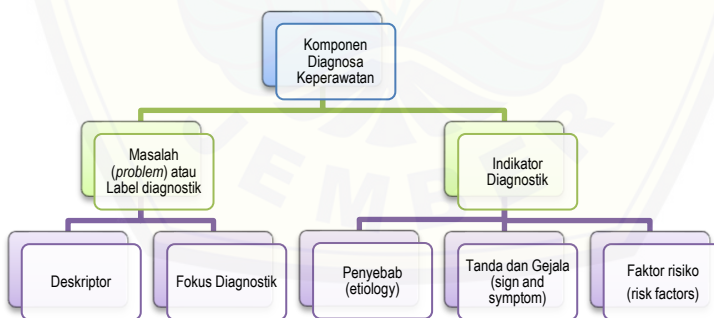
Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan memiliki kemampuan untuk mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini mendorong intervensi edukatif (*promotif*), oleh karena itu disebut sebagai diagnosis promosi kesehatan. Diagnosis positif mempunyai tanda dan gejala mayor maupun minor sama dengan diagnosis aktual. Diagnosis keperawatan yang dikenal sebagai **diagnosis promosi kesehatan** menunjukkan bahwa klien memiliki keinginan dan

dorongan untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

*“Karakteristik **diagnosis aktual** ciri-cirinya **ada indikator diagnostik** yang terdiri dari **penyebab dan tanda/gejala**. Sedangkan **diagnosis resiko**, tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala, melainkan **hanya faktor resiko saja**. **Diagnosis promosi kesehatan**, hanya memiliki tanda/gejala yang menunjukkan kesiapan klien untuk mencapai kondisi yang lebih optimal”*

Komponen Diagnosis Keperawatan

Komponen diagnosis keperawatan terdiri atas masalah (problem) atau label diagnosis dan indikator diagnostik. **Label diagnosis** merupakan rangkaian dari deskriptor dan fokus diagnostik. **Indikator diagnostik** terdiri atas: penyebab (*etiology*), tanda dan gejala (*sign and symptom*) serta faktor risiko (*risk factors*). Lebih jelasnya diperlihatkan pada gambar di bawah ini.



Gambar 9.2 Komponen Diagnosis Keperawatan (sumber: Indonesia, 2016)

Deskriptor adalah suatu pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnostik terjadi. Lebih jelasnya

deskriptor dan fokus diagnostik akan dijelaskan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 1 Deskriptor dan Fokus Diagnostik

No	Deskriptor	Definisi	Contoh Fokus Diagnostik
1	Defisit	Tidak cukup, tidak adekuat	Defisit volume cairan
2	Disfungsi	Tidak berfungsi secara normal	Disfungsi seksual
3	Efektif	Menimbulkan efek yang diinginkan	Menyusui Efektif
4	Gangguan	Mengalami hambatan atau kerusakan	Gangguan proses keluarga
5	Lebih	Berada di atas nilai normal atau yang diperlukan	Berat Badan Lebih
6	Penurunan	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat	Penurunan curah jantung
7	Rendah	Berada di bawah nilai normal atau yang diperlukan	Harga diri rendah kronis

(sumber: Indonesia, 2016)

Indikator diagnostik meliputi penyebab (*etiology*) yang merupakan faktor - faktor yang mempengaruhi status kesehatan. Contohnya **gangguan proses keluarga** (label diagnostik) yang berhubungan dengan **perubahan finansial keluarga** (penyebab). **Tanda** (*sign*) merupakan data obyektif hasil pengkajian keperawatan keluarga yang meliputi hasil pemeriksaan fisik, pengamatan melalui panca indera, laboratorium dan prosedur diagnostik., sedangkan **gejala** (*symptom*) merupakan data subyektif hasil pengkajian keperawatan keluarga yang diambil dari wawancara atau anamnesis seperti riwayat kesehatan keluarga. Tanda dan gejala terdiri atas dua kategori yaitu tanda/gejala mayor jika ditemukan 80-100 persen untuk validasi diagnosis. Sementara tanda/gejala minor tidak harus ada (ditemukan) namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis. **Faktor risiko**

(*risk factors*) adalah suatu kondisi atau situasi yang dapat memicu kerentanan klien dalam mengalami masalah kesehatan atau proses kehidupannya.

Berikut ini contoh diagnosa keperawatan keluarga yang terekam di SDKI. Data diagnosa keperawatan ini telah diberikan nomor (*nomenclature*) untuk memudahkan pengembangan di masa yang akan datang yang berbasis internet dan *cloud data* atau dikenal dengan sistem informasi dan manajemen asuhan keperawatan.

Tabel 2 contoh diagnosis ketidakmampuan koping keluarga

Label Diagnostik	Ketidakmampuan Koping Keluarga
Kode	D.0093
Definisi	suatu keadaan keluarga yang menunjukkan resiko tinggi perilaku dekstruktif dalam berespon terhadap ketidakmampuan untuk mengatasi stresor internal atau eksternal karena ketidakmampuan (fisik,psikologis,dan kognitif) yang dimiliki
Penyebab	<ol style="list-style-type: none">1. Hubungan keluarga ambivalen2. Pola koping yang berbeda diantara klien dan orang terdekat.3. Resistensi keluarga terhadap perawatan/pengobatan yang kompleks
Tanda dan Gejala Mayor	Subjektif: <ul style="list-style-type: none">• Merasa diabaikan Objektif <ol style="list-style-type: none">1. Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga2. Tidak toleran3. Mengabaikan anggota keluarga

<p>Tanda dan Gejala Minor</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terlalu khawatir dengan anggota keluarga • Merasa tertekan (depresi) <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku menyerang (agresi) 2. Perilaku menghasut (agitasi) 3. Tidak berkomitmen 4. Menunjukkan gejala psikosomatis 5. Perilaku menolak 6. Perawatan yang mengabaikan kebutuhan dasar klien 7. Mengabaikan perawatan/pengobatan 8. Perilaku bermusuhan 9. Perilaku individualistik 10. Upaya membangun hidup bermakna terganggu 11. Perilaku sehat terganggu 12. Ketergantungan anggota keluarga meningkat 13. Realitas kesehatan anggota keluarga terganggu
<p>Kondisi Klinis Terkait</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit Alzheimer 2. AIDS 3. Kelainan yang menyebabkan paralisis permanen 4. kanker 5. Penyakit kronis (mis. kanker, arthritis, reumatoid) 6. penyalahgunaan zat 7. Krisis keluarga 8. Konflik keluarga yang belum terselesaikan

Tabel 3 Contoh diagnosa keperawatan gangguan proses keluarga

<p>Label Diagnostik</p>	<p>Gangguan Proses Keluarga</p>
<p>Kode</p>	<p>D.0120</p>
<p>Definisi</p>	<p>Perubahan dalam hubungan dan/atau fungsi keluarga</p>

Penyebab	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan status kesehatan anggota keluarga 2. Perubahan finansial keluarga 3. Perubahan status sosial keluarga 4. Perubahan interaksi dengan masyarakat 5. Krisis perkembangan 6. Transisi perkembangan 7. Peralihan pengambil keputusan dalam keluarga 8. Perubahan peran keluarga 9. Krisis situasional 10. Transisi situasional
Tanda dan Gejala Mayor	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak tersedia <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga tidak mampu beradaptasi terhadap situasi 2. Tidak mampu berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga
Tanda dan Gejala Minor	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga tidak mampu mengungkapkan perasaan secara leluasa. <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan fisik/emosional/spiritual anggota keluarga 2. Keluarga tidak mampu mencari atau menerima bantuan secara tepat
Kondisi Klinis Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalisasi 2. Kondisi penyakit kronis 3. Prosedur pembedahan 4. Cedera traumatis 5. Penyalahgunaan zat 6. Penyakit Alzheimer 7. Kehamilan

D. MENENTUKAN PRIORITAS DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

Penentuan skala prioritas diagnosis keperawatan keluarga masih menggunakan skala dari Bailon dan Maglaya (Bailon, 1978) yang ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 4 Menentukan prioritas diagnosa keperawatan keluarga

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah		1
	• Tidak/Kurang Sehat	3	
	• Ancaman Kesehatan	2	
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah		2
	• Dengan Mudah	2	
	• Hanya Sebagian	1	
3	Potensi Masalah Dapat Dicegah		1
	• Tinggi	3	
	• Cukup	2	
4	Menonjolnya Masalah		1
	• Masalah berat harus segera ditangani	2	
	• Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	
	• Masalah tidak dirasakan	0	

Kriteria 1: Sifat Masalah

- Kurang / tidak sehat
 - Keadaan sakit (sesudah atau sebelum didiagnosa)
 - Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.
- Ancaman kesehatan
 - Penyakit keturunan, seperti asma, DM
 - Anggota keluarga ada yang menderita penyakit menular, seperti TBC, gonore, hepatitis
 - Jumlah anggota terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan sumber daya keluarga
 - Keadaan yang menimbulkan sters (hubungan keluarga tidak harmonis, hubungan orang tua dan anak yang tegang, orang tua yang tidak dewasa)
 - Sanitasi lingkungan yang buruk
 - Kebiasaan yang merugikan kesehatan (merokok, minuman keras,)

- Riwayat persalinan sulit
- Imunisasi anak yang tidak lengkap
- Situasi krisis
 - Perkawinan
 - Kehamilan
 - Persalinan
 - Masa nifas
 - Penambahan anggota keluarga (bayi)

Kriteria 2: **Kemungkinan Masalah Dapat Diubah**

- Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah
- Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
- Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu
- Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.

Kriteria 3: **Potensial Masalah Dapat Dicegah**

- Kerumitan masalah yang berhubungan dengan penyakit/masalah kesehatan
- Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
- Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah
- Adanya kelompok “*High Risk*” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

Kriteria 4: **Menonjolnya Masalah**

- Perawat menilai persepsi keluarga dalam hal bagaimana keluarga tersebut melihat masalah kesehatannya.

Scoring:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi kemudian dikalikan dengan bobot

3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria

Interpretasi: Diagnosa yang memiliki skor paling tinggi adalah diagnosa yang paling diprioritaskan untuk segera dilakukan intervensi keperawatan.

E. RANGKUMAN

1. Setelah pengkajian keperawatan, diagnosis adalah fase kedua dari proses keperawatan. Perawat dapat membuat diagnosis sebagai keputusan klinis tentang respons manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses hidup atau kerentanan terhadap respons ini pada individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Keluarga sangat penting dalam perawatan pasien karena mereka dapat sangat memengaruhi kesehatan dan pemulihan pasien. Menurut Friedemann (1989), konsep keperawatan keluarga terdiri dari tiga sistem tingkat: sistem individu, sistem interpersonal, dan sistem keluarga.
2. Data yang telah terkumpul sebelum dianalisis melalui beberapa proses seperti mengelompokkan data, melakukan hipotesis baru menegakkan diagnosis keperawatan.
3. Perumusan diagnosa keperawatan keluarga mengikuti kaidah yang telah digariskan oleh Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), hal ini merupakan langkah maju untuk pengembangan asuhan keperawatan berbasis sistem informasi manajemen asuhan keperawatan.
4. Penentuan skala prioritas diagnosa keperawatan menggunakan scoring yang diadaptasi dari Bailon dan Maglaya.

F. TES FORMATIF

1. Setelah *collecting data* melalui pengkajian keperawatan keluarga, langkah selanjutnya adalah....
 - a. analisa data

- b. pengelompokan data**
 - c. membuat hipotesis
 - d. merumuskan diagnosa
 - e. menentukan prioritas
- 2. Suatu pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosik terjadi disebut dengan....
 - a. Descriptor**
 - b. Focus diagnosis
 - c. Etiology
 - d. Sign and symptoms
 - e. Risk factors
- 3. Gangguan proses keluarga yang berhubungan dengan perubahan finansial keluarga. Kalimat perubahan finansial keluarga disebut dengan....
 - a. Descriptor
 - b. Focus diagnosis
 - c. Etiology**
 - d. Sign and symptoms
 - e. Risk factors
- 4. Suatu kondisi atau situasi yang dapat memicu kerentanan klien dalam mengalami masalah kesehatan atau proses kehidupannya disebut dengan....
 - a. Descriptor
 - b. Focus diagnosis
 - c. Etiology
 - d. Sign and symptoms
 - e. Risk factors**
- 5. Ketidakmpuan koping keluarga disebabkan karena....
 - a. Perubahan status kesehatan anggota keluarga
 - b. Perubahan finansial keluarga
 - c. Perubahan status sosial keluarga
 - d. Hubungan keluarga yang ambivalen**
 - e. Perubahan interaksi dengan masyarakat

G. LATIHAN

- Rumuskan diagnosa keperawatan keluarga pada tingkat individu sesuai SDKI seperti yang telah dicontohkan pada tabel 2 dan 3. Label diagnosis tersebut adalah:
 1. Penurunan Koping Keluarga
 2. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif
 3. Ketegangan Peran Pemberi Asuhan
 4. Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga
 5. Kesiapan Peningkatan Menjadi Orangtua
 6. Kesiapan Peningkatan Proses Keluarga
 7. Pencapaian Peran Menjadi Orangtua
 8. Risiko Gangguan Perlengketan
 9. Risiko Proses Pengasuhan Tidak Efektif
- Buat skoring dari diagnosa keperawatan yang telah anda rumuskan sesuai dengan skoring dari Bailon dan Maglaya.

KEGIATAN BELAJAR 10 RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA SESUAI DENGAN SASARAN

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

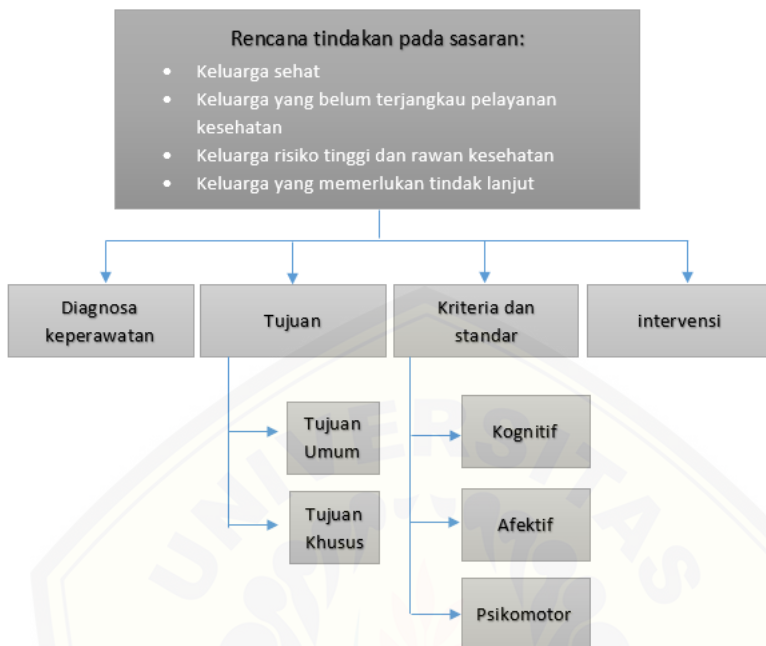
Pada bab ini mahasiswa mempelajari rencana keperawatan keluarga sesuai dengan sasaran. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dalam pembuatan rencana keperawatan sesuai dengan sasaran.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Mampu menjelaskan definisi rencana keperawatan keluarga
2. Mampu menjelaskan sasaran asuhan keperawatan keluarga
3. Mampu menjelaskan penyusunan rencana keperawatan keluarga
4. Mampu membuat rencana keperawatan keluarga pada keluarga sehat
5. Mampu membuat rencana keperawatan keluarga pada keluarga dengan ibu hamil
6. Mampu membuat rencana keperawatan keluarga pada keluarga dengan balita
7. Mampu membuat rencana keperawatan keluarga pada keluarga dengan remaja
8. Mampu membuat rencana keperawatan keluarga pada keluarga dengan lansia
9. Mampu membuat rencana keperawatan keluarga pada keluarga dengan penyakit degeneratif

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. DEFINISI RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA

Berdasarkan PPNI (2016), intervensi keperawatan adalah segala macam tindakan (*treatment*) yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis oleh perawat untuk mencapai luaran (*outcome*) yang sesuai harapan.

Rencana keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan/ masalah keperawatan yang telah diidentifikasi (wahid Iqbal dkk, 2009).

Intervensi keperawatan keluarga adalah upaya penyusunan strategi tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah kesehatan pada klien dan keterlibatan keluarga serta tim kesehatan yang lainnya (Riasmini et all, 2017).

B. SASARAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Sasaran dalam asuhan keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Keluarga sehat

Keluarga yang sehat adalah anggota keluarga yang tidak mengalami gangguan kesehatan, namun tetap memerlukan harapan yang berkaitan dengan siklus perkembangan manusia dan tahapan tumbuh kembang keluarga. Fokus intervensi keperawatan terutama pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Keluarga yang belum terjangkau pelayanan Kesehatan

ibu hamil yang belum ANC, ibu nifas yang persalinannya ditolong oleh dukun, neonatus, balita tertentu, penyakit kronis tidak menular atau keluarga dengan kecacatan tertentu (mental dan fisik).

3. Keluarga risiko tinggi dan rawan kesehatan

Keluarga dengan ibu hamil yang memiliki masalah gizi seperti anemia gizi berat atau kurang energi kronis (KEK), keluarga dengan hamil risiko (perdarahan, infeksi, hipertensi), keluarga dengan balita dengan berat badan bawah garis merah (BGM), keluarga dengan neonatus BBLR, keluarga dengan usia lanjut dan keluarga dengan kasus percobaan bunuh diri.

4. Keluarga yang memerlukan tindak lanjut

Keluarga yang memerlukan tindak lanjut adalah mereka yang mengalami gangguan kesehatan dan memerlukan tindak lanjut atau pelayanan kesehatan, seperti penyakit kronis, penyakit degeneratif, pembedahan, dan pasien yang sakit parah pasca rawat inap.

C. PENYUSUNAN RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA

Perencanaan keperawatan keluarga didalamnya mencakup

diagnosa keperawatan, tujuan umum dan khusus yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar serta intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada keluarga.

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

Fokus dari intervensi keperawatan keluarga antara lain meliputi kegiatan yang bertujuan :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - Memberi informasi yang tepat.
 - Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan.
 - Mendorong sikap emosi yang sehat yang mendukung upaya kesehatan masalah.
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan keluarga yang tepat, dengan cara :
 - Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan kegiatan.
 - Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
 - Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga

yang sakit, dengan cara :

- Mendemonstrasikan cara perawatan.
 - Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
 - Mengawasi keluarga melakukan perawatan.
4. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara :
- Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
 - Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
- Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.
 - Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

Standar yang digunakan dalam membuat intervensi keperawatan keluarga adalah menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia atau disingkat dengan SIKI (PPNI, 2018).

Penyusunan rencana keperawatan keluarga hendaknya dilaksanakan bersama klien dan keluarga. Perawat dan keluarga secara bersama-sama akan mampu mengidentifikasi sumber yang dimiliki oleh keluarga yang dapat dimanfaatkan dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi.

D. RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA SEHAT

Penyusunan rencana keperawatan keluarga pada keluarga sehat adalah sebagai berikut:

- a) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga sehat berdasarkan yang ada di dalam Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah:
1. Kesiapan peningkatan keseimbangan cairan
 2. Kesiapan peningkatan nutrisi

3. Kesiapan peningkatan konsep diri
4. Kesiapan peningkatan koping keluarga
5. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan
6. Kesiapan peningkatan pengetahuan
7. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua
8. Kesiapan peningkatan proses keluarga

Etiologi keperawatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga yang menjadi fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

1. Ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
 2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
 3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- b) Rencana keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga sehat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah sebagai berikut:
1. Promosi antisipasi keluarga
 2. Promosi berat badan
 3. Promosi dukungan keluarga
 4. Promosi keutuhan keluarga
 5. Promosi koping
 6. Promosi proses efektif keluarga
 7. Promosi sistem pendukung

E. RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN IBU HAMIL

- a) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan ibu hamil berdasarkan Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah:

1. Gangguan rasa nyaman
2. Nausea
3. Defisit pengetahuan
4. Gangguan citra tubuh
5. Ketidakmampuan coping keluarga
6. Penurunan coping keluarga
7. Gangguan proses keluarga
8. Risiko kehamilan tidak dikehendaki
9. Risiko cedera pada ibu
10. Risiko cedera pada janin
11. Risiko defisit nutrisi,dll

Etiologi keperawatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga yang menjadi fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
 2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
 3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- b). Rencana tindakan keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga dengan ibu hamil berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah sebagai berikut:
- a. Edukasi persalinan
 - b. Edukasi perawatan kehamilan
 - c. Dukungan pengambilan keputusan
 - d. Manajemen perdarahan akhir masa kehamilan
 - e. Manajemen kehamilan tidak dikehendaki
 - f. Pelibatan keluarga
 - g. Promosi dukungan keluarga
 - h. Perawatan persalinan
 - i. Perawatan persalinan risiko tinggi
 - j. Perawatan terminasi kehamilan

- k. Rujukan kelas laktasi masa kehamilan, dll

F. RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN BALITA

- a) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan anak sekolah berdasarkan Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah:

1. Berat badan lebih
2. Defisit nutrisi
3. Obesitas
4. Gangguan komunikasi verbal
5. Ketidak mampuan koping keluarga
6. Gangguan tumbuh kembang
7. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
8. Risiko berat badan lebih
9. Risiko defisit nutrisi
10. Risiko proses pengasuhan tidak efektif
11. Risiko jatuh
12. Risiko infeksi, dll

Etiologi keperawatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga yang menjadi fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

- b) Rencana tindakan keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga dengan balita berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah sebagai berikut:

1. Edukasi keamanan anak

2. Edukasi Kesehatan
3. Edukasi komunikasi efektif
4. Edukasi diet
5. Edukasi nutrisi anak
6. Edukasi orang tua: fase anak
7. Edukasi keselamatan lingkungan
8. Edukasi pencegahan jatuh
9. Edukasi stimulasi bayi/anak
10. Dukungan perlindungan penganiayaan
11. Pendampingan orang tua dengan anak berkebutuhan khusus
12. Promosi perkembangan anak, dll

G. RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN REMAJA

- a) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan remaja berdasarkan Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah:
1. Gangguan pola tidur
 2. Gangguan identitas diri
 3. Harga diri rendah situasional
 4. Harga diri rendah kronis
 5. Ketidakmampuan koping keluarga
 6. Koping tidak efektif
 7. Koping defensif
 8. Perilaku Kesehatan cenderung berisiko
 9. Gangguan interaksi social
 10. Gangguan proses keluarga
 11. Risiko bunuh diri, dll

Etiologi keperawatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga yang menjadi fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- b) Rencana tindakan keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga dengan remaja berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah sebagai berikut:
1. Dukungan koping keluarga
 2. Dukungan pengungkapan perasaan
 3. Edukasi berhenti merokok
 4. Edukasi Kesehatan
 5. Edukasi manajemen stres
 6. Edukasi orang tua: fase remaja
 7. Edukasi penyalahgunaan alkohol
 8. Edukasi penyalahgunaan zat
 9. Edukasi seksualitas
 10. Terapi pemberhentian merokok
 11. Terapi penyalahgunaan zat, dll

H. RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN LANSIA

- a) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan lansia berdasarkan Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah:
1. Inkontinensia fekal
 2. Inkontinensia urin fungsional
 3. Inkontinensia urin refleks
 4. Gangguan pola tidur
 5. Gangguan memori
 6. Gangguan rasa nyaman
 7. Ansietas
 8. Gangguan interaksi sosial

9. Risiko harga diri rendah situasional
10. Defisit perawatan diri
11. Risiko cedera
12. Risiko jatuh

Etiologi keperawatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga yang menjadi fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
 2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
 3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- b) Rencana tindakan keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga dengan lansia berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah sebagai berikut:
1. Dukungan perawatan diri
 2. Dukungan perlindungan penganiayaan lansia
 3. Dukungan spiritual
 4. Edukasi pencegahan jatuh
 5. Edukasi perawatan diri
 6. Manajemen demensia
 7. Pencegahan jatuh
 8. Latihan memori, dll

I. RENCANA KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN PENYAKIT DEGENERATIF

Penyakit degeneratif merupakan gangguan dimana terjadinya penurunan fungsi atau kerusakan struktur tubuh yang terjadi secara bertahap. Penyebab utama peningkatan penyakit ini adalah gaya hidup. Pola makan yang kurang memperhatikan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan makan serta gaya hidup *sedentary*, disinyalir penyebab utama Sebagian besar

gangguan degeneratif salah satu penyakit degeneratif adalah penyakit diabetes mellitus.

a) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan penyakit degeneratif: Diabetes Mellitus berdasarkan Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah:

1. Defisit pengetahuan
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
3. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
4. Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif
5. Pemeliharaan Kesehatan keluarga tidak efektif

Etiologi keperawatan keluarga mengacu pada 5 tugas keluarga yang menjadi fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

b) Rencana tindakan keperawatan keluarga yang mungkin bisa digunakan pada keluarga dengan penyakit degeneratif: Diabetes Mellitus berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah sebagai berikut:

1. Edukasi diet
2. Edukasi Kesehatan
3. Manajemen hiperglikemia
4. Manajemen hipoglikemia
5. Manajemen nutrisi,dll

J. RANGKUMAN

Rencana keperawatan keluarga adalah tindakan yang direncanakan oleh perawat dalam menyelesaikan masalah

kesehatan keluarga. Rencana keperawatan keluarga mencakup diagnosa keperawatan, tujuan umum dan khusus yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar serta intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada keluarga. Pembuatan rencana keperawatan keluarga bisa disesuaikan dengan sasaran keperawatan keluarga yaitu pada keluarga sehat, keluarga yang belum terjangkau pelayanan kesehatan, keluarga risiko tinggi dan rawan Kesehatan, keluarga yang memerlukan tindak lanjut.

K. TES FORMATIF

Pilihlah Jawaban yang benar dengan memberikan tanda silang (X) pada huruf jawaban yang dianggap paling benar.

1. Salah satu komponen yang ada didalam perencanaan keperawatan adalah?
 - a. Pengkajian
 - b. Analisa data
 - c. Data subyektif
 - d. Data obyektif
 - e. Diagnosa keperawatan
2. Keluarga dengan usia lanjut termasuk sasaran keperawatan?
 - a. Keluarga sehat
 - b. Keluarga risiko tinggi
 - c. Keluarga rawan kesehatan
 - d. Keluarga memerlukan tindak lanjut
 - e. Keluarga belum terjangkau pelayanan kesehatan
3. Sasaran keperawatan yang fokus intervensi keperawatan terutama pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit adalah?
 - a. Keluarga sehat
 - b. Keluarga risiko tinggi
 - c. Keluarga rawan Kesehatan
 - d. Keluarga memerlukan tindak lanjut
 - e. Keluarga belum terjangkau pelayanan Kesehatan

4. Keluarga dengan kasus percobaan bunuh diri digolongkan ke dalam sasaran keperawatan keluarga?
 - a. Keluarga sehat
 - b. Keluarga risiko tinggi
 - c. Keluarga rawan Kesehatan
 - d. Keluarga memerlukan tindak lanjut
 - e. Keluarga belum terjangkau pelayanan Kesehatan
5. Yang merupakan rencana tindakan keperawatan keluarga pada keluarga dengan penyakit degeneratif: Diabetes Mellitus adalah?
 - a. Dukungan perawatan diri
 - b. Manajemen demensia
 - c. Gangguan memori
 - d. Gangguan rasa nyaman
 - e. Edukasi penyalahgunaan zat

L. LATIHAN

Buatlah rencana keperawatan keluarga menggunakan format asuhan keperawatan keluarga pada keluarga dengan salah satu yang menjadi sasaran keperawatan keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M. R., & Zanotti, M. (2021). *Nursing Diagnosis Handbook, Revised Reprint with 2021-2023 NANDA-IO® Updates-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Afrinis, N., Indrawati, I., & Raudah, R. (2021). Hubungan. Pengetahuan. Ibu, Pola Makan dan Penyakit. Infeksi Anak dengan Status. Gizi Anak Prasekolah. *Aulad: Journal on Early Childhood*, 4(3), 144-150.
- Alligood, M. R. (2021). *Nursing Theorists and Their Work* (10th ed.). Elsevier.
- American Nurses Association. (1995). *Nursing: A Social Policy Statement*. American Nurses Association.
- Andarmoyo, S. 2012. *Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Andarmoyo, Sulisty. 2012. *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses da Praktik Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Anggraeni, dkk. 2016. Hubungan Penyesuaian Peran dengan Tingkat Kecemasan pada Pasangan Baru Menikah. *Jurnal Keperawatan* 8(2), 74-79.
- Astuti, S.D, Krisna, L.F.P. 2019. Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi. *Buletin Kesehatan Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*. Vol 3. No.1
- Baharuddin, B. (2019). Pentingnya Pola Komunikasi Orang Tua Terhadap Perkembangan Pubertas Remaja. *AN-NISA: Jurnal Studi Gender dan Anak*, 12(1), 610-621.
- Bailon, S. G. (1978). *Family health nursing: The process*.

- Bakri., M.H. 2017. Manajemen Keperawatan Konsep Dan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- BNN. 2021. Pertahanan Aktif dalam Pencegahan Peredaran Gelap Narkotika. Jakarta: Pusat Penelitian, Data, dan Informasi Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia.
- Cahyani, D. D., Safitri, V. D. A., & Triningsih, R. W. (2020). GAMBARAN PENGETAHUAN IBU NIFAS TENTANG PERAWATAN BAYI SEHARI HARI DI KELURAHAN TLOGOMAS WILAYAH KERJA PUSKESMAS DINOYO KOTA MALANG. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 9(1), 11-20.
- CAHYONO, B. D., HUDA, N., & SUJARWADI, M. (n.d.). Buku Ajar Antropologi. UPT Penerbitan Universitas Jember.
- Carpenito, L. J. (1999). Buku saku diagnosa keperawatan. (Handbook of Nursing Diagnosis). Edisi 7, Alih Bahasa Monica Ester. Jakarta: EGC
- Carpenito, L. J. (2001). Buku saku diagnosa keperawatan. (Handbook of Nursing Diagnosis). Edisi 8, Alih bahasa monica Ester. Jakarta: EGC
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). 2022. Violence Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/index.html>
- Clark. (1984). *Community Nursing, Health Care for Today and Tomorrow*. Reston Publishing Co.
- Deborah Siregar, M.P. 2020. Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Deswani. 2009. Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Jakarta: EGC.
- Dion, Y., Betan, Y. 2015. Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep

dan Praktik. Yogyakarta: Nuha Media

Effendy. N (1998). Dasar- dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, Edisi 2. Jakarta; EGC

Ekasari, Mia Fatma. (2015). Panduan Pengalaman Belajar Lapangan Keperawatan Gerontik, Komunitas dan Keluarga. Jakarta: EGC

Friedemann, M. L. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14(3), 211–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01527.x>

Friedman, M. M. (1998). Keperawatan Keluarga (Yasmin, Setiawan, & Monica (eds.); 3rd ed.). EGC Penerbit Buku Kedokteran.

Friedman, M. M. (1998). Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek.(Family nursing teori and practice). Edisi 3. Alih bahasa Ina debora R. L. Jakarta: EGC

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori, dan Praktik. Jakarta: EGC.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori, dan Praktik. Jakarta: EGC.

Friedman, M. R., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice*. Pearson.

Friedman, Marilyn M, (2010). Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik. terjemahan. Edisi 5. Jakarta: EGC.

Glenn. (1987). *Collaborative Health Care: A Family Oriented Model*. Praeger.

Gligor, L., & Domnariu, C. D. (2020). *Patient Care Approach Using*

Nursing Theories - Comparative Analysis of Orem's Self-Care Deficit Theory and Henderson's Model. *Acta Medica Transilvanica*, 25(2), 11–14. <https://doi.org/10.2478/amtsb-2020-0019>

Harefa, E. I. J. (2019). Penerapan Konsep Dasar Proses Keperawatan Keluarga. *INA-Rixp*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/xq75b>

Harnilawati, S. K. (2013). Konsep dan proses keperawatan keluarga. Pustaka As Salam.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Nursing Diagnoses definitions and Classification 2018–2020 Eleventh Edition*. NANDA International.

Indonesia, P. P. N. (2016). Standar diagnosis keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

Indonesia, P. P. N. (2016). Standar diagnosis keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

Jainurakhma, J., Rukmi, D. K., Gultom, A. B., Damayanti, D., Frisca, S., Widayanti, E. D., Rini, D. S., Yulistanti, Y., Sugiarto, A., & Simangunsong, D. E. (2023). *Proses Berpikir Kritis dalam Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing : Theory, Practice and Research (6th ed.)*. F.A. Davis Company.

Kementerian Kesehatan RI. 2018. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. 2021. *Profil Anak Indonesia 2021*. Jakarta: Kemen PPPA.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

908/MENKES/SK/VII/2010 tentang Pedoman
Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan Keluarga.
Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kosik. (1972). Patient Advocacy or Fighting the System.

Leniwita, N. H., Kep, M., Purnamawati, T., Kep, M., An, S. K.,
Lema, N. E. R. M., Kep, M., Ns, B. A. M., Kep, M., &
Anggraini, N. Y. (2023). DOKUMENTASI KEPERAWATAN.
Rizmedia Pustaka Indonesia.

Long, B. C. (1995). Perawatan medikal bedah. (Essential of
medical surgical nursing), Penerjemah R. karnaen,
Syamsunir adam, maria ulfa, hotma rumahorbo, nurlina
supartini, eva berty, eri suhaeri. Bandung: Yayasan Ikatan
Alumni Pendidikan Keperawatan Padjajaran.

Matt, V. (2020). Nursing Diagnosis Guide: All You Need to Know to
Master Diagnosing. Nurseslabs.

Meliyana, E. Nurfajri, D. 2021. Buku Panduan Kerja Mahasiswa
(BPKM) Keperawatan Keluarga Dan Komunitas. Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

Mendrofa dan hani. 2023. Buku Ajar Keperawatan Keluarga..
Semarang: Mitra sehat.

Mubarak, W, I & Chayatin, N. 2009. Ilmu Keperawatan Komunitas
konsep dan aplikasi. Jakarta: Salemba Medika.

Nadirawati. 2018. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga: Teori
dan Aplikasi Praktik. Bandung : Refika Aditama.

Narayani, D. L., & S, S. (2020). Conceptual framework based on
Friedman family assessment model for the study on effect of
interaction through child to child approach on knowledge,
usage, and attitude towards junk foods among adolescents.
Annals of Tropical Medicine & Public Health, 23(23).

<https://doi.org/10.36295/asro.2020.232361>

- Padila. (2012). Buku Ajar: Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Palopadang, V., & Hidayah, N. (2019). Proses Keperawatan: Pendekatan Teori dan Praktik.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). Fundamentals of nursing-e-book. Elsevier health sciences.
- PPNI. 2018. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI.
- Riasmini, M. N., Permatasari, H., Chairani, R., & Handayani, W. T. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas. Jakarta: Universitas Indonesia (UI Press).
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, P. N., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: UI-Press.
- Rizqi dkk. 2023. Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Family Nursing Care). Pekalongan: PT Nasya Expanding Management.
- Rogers. (1951). Client Centered Therapy: Implications and Theory.

Houghton Mifflin Co.

Rumbo, dkk. 2021. Keperawatan Keluarga (Family Nursing). Palembang: Duta Media Publishing.

Safruddin Yahya. 2021. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Bulukumba: Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M) STIKES Panrita Husada Bulukumba.

Saharman, S., & Sunarno, R. D. (2022). IMPROVING PATIENT CENTERED CARE THROUGH IMPLEMENTATION EVIDENCE BASED NURSING: A SYSTEMATIC REVIEW. *Jurnal Ilmiah Perawat Manado (Juiperdo)*, 10(2), 112–119.

Seltzer, Litchfield, Lowy, & Levin. (1989). *Families as Case Managers: A Longitudinal Study*.

Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Graha Ilmu.

Sharma, R. (2013). The Family and Family Structure Classification Redefined for the Current Times. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(4), 306–310. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.123774>

Solehati, et. al. 2022. Intervensi Bagi Orang Tua dalam Mencegah Kekerasan Seksual Anak di Indonesia: Scoping Review. *Jurnal Obsesi : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini* 6(3), 2201-2214.

Steiger, & Lipson. (1985). *Self Care Nursing: Theory and Practice*. Brady Communication Co.

Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. EGC Penerbit Buku Kedokteran.

Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Definisi dan Indikator Diagnostik). Jakarta : DPP PPNI.
- Titih Huriah; Nina Dwi Lestari. (2021). Keperawatan Keluarga Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga (Budi Nugroho (ed.); 1st ed.). UMY Press
- Toney-Butler, T. J., & Unison-Pace, W. J. (2018). Nursing admission assessment and examination.
- Tuasikal, H. (2022). Buku Ajar Manajemen Keperawatan.
- Wahyuni, T, Parlioni, Hayati,D. 2021. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Sukabumi: CV Jejak.
- Watson, J. (1985). Nursing, The Philosophy and Social Science of Caring. Colorado Associated University Press.
- Wiratama, P. 2019. Asuhan Keperawatan Keluarga Dalam Proses Keperawatan. INA-Rxip. <https://doi.org/10.31227/osf.io/3db4y>
- Yahya, S. (2021). BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA.
- Yohanes Dion, Yaseinta Betan.(2013). Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik. Yogyakarta: Nuha Medika
- Zakaruddin, 2018. Asuhan Keperawatan Keluarga “Tn. K” Dengan Salah Satu Anggota Keluarga “Ny. S” Menderita Hipertensi Dengan Gangguan Nyeri Di Desa Wapae Kecamatan Tiworo Tengah Kabupaten Muna Barat. KTI. Poltekkes Kemenkes Kendari.

TENTANG PENULIS



Sri Ariyanti, S.Kep., Ns., M.Kep

Seorang Penulis dan Dosen tetap Prodi Ners Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Lahir di Kendal, 19 Oktober 1982. Penulis merupakan anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan bapak Bambang Saptiyanto, ST dan Ibu Sri Sumarni. Ia menamatkan pendidikan program Sarjana dan Profesi Keperawatan di Universitas Diponegoro dan menyelesaikan Pasca Sarjana (S2) di Universitas Muhammadiyah Jakarta prodi Magister Keperawatan konsentrasi di bidang Manajemen Keperawatan. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul Falsafah dan Teori Keperawatan, Keperawatan Holistik, Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja, dan Komunikasi Terapeutik Pada Pasien System Respirasi (Buku Ajar dengan Bilingual Bahasa).



R Endro Sulistyono, S.Kep, Ns, M.Kep

Penulis merupakan putra daerah Kabupaten Lumajang, kelahiran 27 Februari 1988. Aktif bekerja sebagai pendidik sejak tahun 2010 di Akper Pemkab Lumajang (sejak akhir tahun 2017 berubah menjadi Unej Kampus Lumajang). Riwayat Pendidikan jenjang S1 dan S2 ditempuh di Universitas Airlangga dengan peminatan studi Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Fokus kajian penelitian dan pengabdian masyarakat yang ditekuni adalah Penatalaksanaan Tuberkulosis di tatanan keluarga dan berbagai trend issue keperawatan keluarga. Penulis juga

dipercaya menjadi pengurus Forum Lumajang Sehat (FLS), DPD PPNI Kabupaten Lumajang, serta IPKKI Jawa Timur. Buku yang pernah disusun diantaranya adalah menyibak mitos TB-sukseskan Toss Tb, Dari Awam Menjadi Paham TB, serta Sinergi Ranupani Menghapus Pernikahan Dini.



**Ns. Primasari Mahardhika Rahmawati,
S.Kep., M.Kep., CH., CHt.**

Penulis adalah staf pengajar di Prodi D3 Kperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang. Penulis menempuh pendidikan S-1 Ilmu Keperawatan tahun 2005 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Pada tahun 2017, penulis menyelesaikan pendidikan S-2 di Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Brawijaya, Malang. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif pada organisasi profesi diantaranya PPNI dan IPKKI serta aktif di kegiatan penelitian, pengabdian masyarakat serta menulis artikel di berbagai jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.

Dosen tetap Prodi Ners Institute Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Lahir di Kota Pontianak, 8 April 1981 Kalimantan Barat. Penulis merupakan anak ke-tiga dari empat bersaudara dari pasangan bapak Didit Mulyadi dan Ibu Nurul Hudaniyati. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2006 dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) bidang ilmu keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2017. [Adapun artikel ilmiah dalam 5 tahun terakhir dengan judul](#) "Help Seeking Behaviour" Among Women Who Had Domestic Violence, Perilaku Tantrum Pada Anak Usia Dini Di Sekolah, Chlorhexidine And Honey: Mouthwash Liquids In Reducing Halitosis Of Stroke Patients dan Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Di Ruang Igd. Dan buku ajar dengan

judul prosedur keperawatan maternitas dan Komunikasi terapeutik pada pasien system respirasi.



Ns. Surtikanti, M.Kep.

Dosen tetap Prodi Ners Institute Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Lahir di Kota Pontianak, 8 April 1981 Kalimantan Barat. Penulis merupakan anak ke-tiga dari empat bersaudara dari pasangan bapak Didit Mulyadi dan Ibu Nurul Hudaniyati. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2006 dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) bidang ilmu keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2017. [Adapun artikel ilmiah dalam 5 tahun terakhir dengan judul](#) “Help Seeking Behaviour” Among Women Who Had Domestic Violence, Perilaku Tantrum Pada Anak Usia Dini Di Sekolah, Chlorhexidine And Honey: Mouthwash Liquids In Reducing Halitosis Of Stroke Patients dan Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Di Ruang Igd. Dan buku ajar dengan judul prosedur keperawatan maternitas dan Komunikasi terapeutik pada pasien system respirasi.



Evy Aristawati.S.Kep.Ns., M.Kep.

Penulis adalah dosen di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Kota Pasuruan. Penulis menempuh Pendidikan D3 Keperawatan tahun 2002 di Adi Husada Surabaya, pendidikan S-1 Keperawatan tahun 2006, dan program Ners tahun 2007 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya. Pada tahun 2015, Penulis menyelesaikan Pendidikan S-2 Keperawatan di Program Magister

Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Brawijaya, Malang. Selain sebagai pengajar, Penulis juga aktif pada organisasi profesi diantaranya PPNI dan IPKJI serta aktif di kegiatan penelitian, pengabdian masyarakat serta menulis artikel di berbagai jurnal nasional maupun internasional.



Ns.Cut Rahmi, S.Kep., M.Kep

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi DIII Keperawatan Aceh Selatan Poltekkes Kemenkes Aceh. Lahir di Ladang Baro, 4 September 1984. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari Akademi Keperawatan Pemkab Aceh Selatan (lulus 2004), S-1 dan Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh (lulus 2010), dan pascasarjana Bidang Manajemen Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh (lulus 2020). Aktivitas penulis saat ini selain mengajar pada jenjang D-III Keperawatan Aceh Selatan juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional maupun jurnal lainnya. Buku yang sudah ditulis dan terbit diantaranya berjudul : Buku Ajar Manajemen Keperawatan Jilid II, Patient Center Care (PCC) dan penerapannya di Rumah Sakit. Menulis sebagai sarana menyalurkan ide dan kreatifitas. Menulislah sambil menebar kebaikan. email: cut.rahmi@poltekkesaceh.ac.id.



Ns. Nurul Huda, S.Psi., S.Kep., M.Si

Seorang koordinator sekaligus dosen tetap Prodi D-3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Kota Pasuruan. Lahir di Gresik, 24 September 1970 Jawa Timur. Penulis mulai menempuh program pendidikan D3 di Akper Depkes RI Malang Tahun, pendidikan S1 Psikologi di Universitas Darul Ulum, pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Kadirri dan melanjutkan pendidikan program Magister di Universitas

Wijaya Putra jurusan Administrasi Publik. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul di antaranya: *Buku Saku Penyintas Long Covid-19*, *Buku Ajar Antropologi*, *Buku Ajar Psikologi*, dan *Terapi Komplementer Dalam Keperawatan*.



Fathimah Kelrey, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lahir di Bula, 24 Januari 1985. Penulis sudah menikah dan memiliki dua putra dan 1 Putri. Penulis memulai Pendidikan sarjana Keperawatan pada tahun 2004 kemudian tahun 2008 melanjutkan pendidikan profesinya di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Pada Tahun 2017 melanjutkan sekolah magister keperawatan (M.Kep) di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan Saat ini mengabdikan diri sebagai dosen di STIKes Rs.

Prof Dr. J. A. Latumeten Ambon dari tahun 2012-Sekarang. Selama menjadi dosen sudah menulis buku ajar keperawatan komunitas kesehatan reproduksi pada anak usia prasekolah (2021) buku referensi media kesehatan reproduksi pada anak disabilitas intelektual (2021), buku ajar komunitas kelompok khusus dengan pertumbuhan dan perkembangan (2023).



Bagus Dwi Cahyono, S.Tr.Kep., M.Kes

Email : bagusdwi.akper@unej.ac.id

Tempat/Tanggal Lahir: Pasuruan, 8 Juni 1975

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Kelamin : Pria

Status Perkawinan : Kawin

Agama: Islam

DETAIL PENDIDIKAN

1993 - 1996 Akper Depkes RI Malang

1998 - 1999 Universitas Sumatera Utara

Medan (USU) Program Diploma IV Perawat

Pendidik

2009-2011 Universitas Sebelas Maret Surakarta Program Magister Pendidikan Profesi Kesehatan (PDPK)

PENGALAMAN KERJA

2001-2019 Dosen Akademi Keperawatan Pemkot Pasuruan

2019-Sekarang Dosen Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Kota Pasuruan

BUKU YANG PERNAH DITULIS

2021 Buku Ajar Psikologi. KHD Production. ISBN 978-623-6916-50-6

2022 Buku Ajar Antropologi UPT Penerbitan Universitas Jember. ISBN 978-623-6039-84-7

2022 Buku Petunjuk Praktikum Keperawatan Jiwa. KHD Production. ISBN 978-623-6916-77-3

2022 Buku Saku Penyintas Long Covid-19. KHD Production. ISBN 978-623-6916-94-0



Widya Nurcahyaningtyas, S.Kep.,Ns., M.Kep
Dosen Program Studi D3 Keperawatan Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo. Lahir di Sidoarjo, 24 Oktober 1981. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Penulis menempuh pendidikan D-III Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jember lulus tahun 2002, kemudian penulis menyelesaikan pendidikan program Sarjana (S1) dan profesi Ners di Universitas Brawijaya Malang Prodi Keperawatan lulus tahun 2007, serta menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2011. Penulis aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan memiliki karya buku, penelitian dan pengabdian masyarakat.



Penerbit :

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

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

SONPEDIA.COM
PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Redaksi :

Jl. Kenali Jaya No 166

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

Email: sonpediapublishing@gmail.com

Website: www.sonpedia.com