



Optimal
Untuk
Negeri



optimal

Buku Ajar **KEPERAWATAN KELUARGA**

Supriadi • Mei Rianita Elfrida Sinaga • Dewi Rury Arindari
Putri Widita Muharyani • Siti Solihat Holida • Nurul Laili
Miko Eka Putri • Nunuk Sri Purwanti



BUKU AJAR

KEPERAWATAN KELUARGA

Penulis:

Dr. Drs. Supriadi, SKp, M.Kep., Sp.Kom.
Mei Rianita Elfrida Sinaga. S.Kep., Ns., M.Kep.
Dewi Rury Arindari, S.Kep., Ners., MNS.
Putri Widita Muharyani, S.Kep., Ns., M.Kep.
Siti Solihat Holida, S.Kp., MM.
Nurul Laili, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Miko Eka Putri, M.Kep.
Dr. Nunuk Sri Purwanti, SKp., M.Kes.



BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA

Penulis: Dr. Drs. Supriadi, SKp, M.Kep., Sp.Kom.
Mei Rianita Elfrida Sinaga, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dewi Rury Arindari, S.Kep., Ners., MNS.
Putri Widita Muharyani, S.Kep., Ns., M.Kep.
Siti Solihat Holida, S.Kp., MM.
Nurul Laili, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Miko Eka Putri, M.Kep.
Dr. Nunuk Sri Purwanti, SKp., M.Kes.

Desain Sampul: Raden Bhoma Wikantioso Indrawan

Penata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-634-7426-32-1

Cetakan Pertama : Oktober, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang Undang

Undang-Undang RI Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

Copyright © 2025

Penerbit Optimal Untuk Negeri

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : optimaluntuknegeri.com

Instagram : @bimbel.optimal

Tiktok : @maskokooo



PT OPTIMAL UNTUK NEGERI

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88

RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat

Anggota IKAPI No. 653/DKI/2025

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga buku ajar berjudul “Keperawatan Keluarga” ini dapat terselesaikan dengan baik. Kehadiran buku ajar ini merupakan wujud nyata dari upaya peningkatan mutu pendidikan keperawatan, khususnya dalam bidang keperawatan keluarga yang menjadi salah satu fondasi penting dalam praktik keperawatan komunitas.

Perkembangan ilmu keperawatan dewasa ini menuntut tenaga keperawatan untuk memiliki kompetensi komprehensif, tidak hanya pada aspek klinik individual, tetapi juga dalam konteks keluarga sebagai satu kesatuan sistem. Keluarga memiliki peran sentral dalam menjaga, memelihara, dan meningkatkan kesehatan anggotanya. Oleh karena itu, pemahaman tentang konsep keperawatan keluarga sangat dibutuhkan oleh mahasiswa keperawatan agar mampu memberikan asuhan keperawatan yang holistik, berkesinambungan, dan berorientasi pada peningkatan derajat kesehatan keluarga.

Buku ajar ini disusun berdasarkan kurikulum pendidikan keperawatan terkini yang berorientasi pada capaian pembelajaran (Outcome Based Education/OBE) dan mengacu pada Standar Kompetensi Ners Indonesia (SKNI). Setiap bab di dalamnya dirancang secara sistematis, dimulai dari konsep dasar keluarga, teori dan model keperawatan keluarga, proses keperawatan keluarga, hingga penerapan asuhan keperawatan pada berbagai situasi kesehatan keluarga. Selain itu, buku ini juga memuat contoh kasus dan aplikasi praktis yang membantu mahasiswa memahami penerapan teori dalam konteks nyata di masyarakat.

Penyusunan buku ini juga berupaya menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan. Dalam era transformasi pelayanan kesehatan, perawat dituntut untuk mampu melakukan pengkajian menyeluruh terhadap dinamika keluarga, mengenali faktor risiko, serta merancang intervensi keperawatan berbasis bukti (evidence-based practice). Oleh sebab itu, buku ini tidak hanya menjadi sumber pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan, tetapi juga dapat menjadi referensi bagi dosen, praktisi, maupun tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan keluarga dan komunitas.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan, baik dalam bentuk moral, akademik, maupun teknis. Terima kasih kepada rekan sejawat dosen, praktisi keperawatan komunitas, dan mahasiswa

yang telah memberikan masukan berharga selama proses penyusunan buku ini. Tidak lupa pula apresiasi disampaikan kepada penerbit yang telah memfasilitasi penerbitan buku ajar ini sehingga dapat sampai ke tangan pembaca.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk penyempurnaan edisi berikutnya. Besar harapan kami, buku ajar “Keperawatan Keluarga” ini dapat menjadi sumber belajar yang bermakna, mendorong berpikir kritis, dan memotivasi mahasiswa keperawatan untuk mengembangkan kemampuan profesionalnya dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berorientasi pada keluarga dan masyarakat.

Akhir kata, semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang luas dan menjadi kontribusi nyata bagi dunia pendidikan keperawatan di Indonesia.

Penulis

Oktober, 2025

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	v

BAB 1 KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER	1
A. Defenisi dan Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan Primer.....	5
B. Sejarah dan Perkembangan Primary Health Care (PHC)	6
C. Prinsip Pelayanan Kesehatan Primer.....	8
D. Komponen Primary Health Care (PHC)	10
E. Peran Perawat Keluarga.....	12
F. Tantangan dan Inovasi dalam Pelayanan Kesehatan Primer	13
G. Latihan Soal.....	16
H. Rangkuman Materi.....	17
I. Glosarium.....	18
J. Daftar Pustaka.....	19

BAB 2 KONSEP KOMUNITAS DALAM KONTEKS KEPERAWATAN	
KELUARGA	21
A. Definisi Komunitas.....	23
B. Ciri-Ciri dan Karakteristik Komunitas.....	23
C. Fungsi dan Dinamika Komunitas.....	24
D. Faktor Komunitas yang mempengaruhi Kesehatan Keluarga	26
E. Prinsip Komunitas dalam Keperawatan Keluarga	27
F. Implikasi Komunitas dalam Praktik Keperawatan Keluarga	29
G. Latihan Soal.....	31
H. Kunci Jawaban.....	32
I. Rangkuman Materi.....	33

BAB 3 KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA.....	35
A. Definisi Keluarga	38
B. Tipe Keluarga.....	39
C. Fungsi Keluarga	40
D. Definisi Keperawatan Keluarga	41
E. Tujuan Keperawatan Keluarga	42

F. Prinsip Keperawatan Keluarga	44
G. Peran dan Fungsi Keluarga.....	45
H. Latihan Soal.....	47
I. Rangkuman Materi.....	49
J. Glosarium.....	50
K. Referensi	52
 BAB 4 MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN KELUARGA	53
A. Model Friedman Family Assessment Model (FFAM).....	56
B. Calgary Family Assessment Model (CFAM)	77
C. Model Teori Transcultural Nursing Leininger (asuhan berbasis budaya).....	121
D. Latihan Soal.....	130
E. Rangkuman Materi.....	136
F. Glosarium.....	138
G. Referensi	141
 BAB 5 TREN DAN ISSUE KEPERAWATAN KELUARGA	143
A. Konsep <i>Tren</i> dan <i>Issue</i> dalam Keperawatan Keluarga	146
B. Perubahan Struktur dan Dinamika Keluarga.....	148
C. Isu Kesehatan Global dan Nasional yang Mempengaruhi Keluarga.....	152
D. Isu Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan Keluarga	154
E. Trend Teknologi dalam Keperawatan Keluarga.....	156
F. Tantangan Etik dan Legal dalam Keperawatan Keluarga	158
G. Kebijakan dan Sistem Kesehatan Terkait Keperawatan Keluarga.....	158
H. Latihan Soal.....	161
I. Rangkuman Materi.....	163
J. Glosarium.....	164
K. Daftar Pustaka.....	165
 BAB 6 MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA.....	169
A. Sumber Daya Keluarga	170
B. Manajemen Keluarga	173
C. Manajemen Sumber Daya Keluarga	175
D. Latihan Soal.....	182
E. Rangkuman Materi.....	183

F. Glosarium.....	184
G. Daftar Pustaka.....	185

BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA BERBASIS 3 STANDAR PPNI (STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA, STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA DAN STANDAR INTERVENSI

KEPERAWATAN INDONESIA)	187
A. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	189
B. Pengkajian Keperawatan Keluarga.....	189
C. Perumusan Diagnosis Keperawatan Keluarga berbasis SDKI	198
D. Intervensi Keperawatan Keluarga Berbasis SIKI.....	201
E. Implementasi Keperawatan Keluarga.....	203
F. Evaluasi Keperawatan Keluarga	205
G. Latihan Soal.....	206
H. Rangkuman Materi.....	208
I. Glosarium.....	209
J. Referensi	210

BAB 8 APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN MASALAH KESEHATAN SESUAI TAHAP PERKEMBANGAN

A. Konsep Dasar Tahap Perkembangan Keluarga.....	215
B. Tugas Kesehatan Keluarga	219
C. Peran Perawat dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga.....	220
D. Uraian Umum Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga	222
E. Penutup	231
F. Latihan Soal.....	232
G. Rangkuman Materi.....	234
H. Glosarium.....	237
I. Daftar Pustaka.....	238

PROFIL PENULIS

BAB 1

KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

Tujuan Instruksional:

- Memberikan pemahaman mendasar tentang konsep, prinsip, dan implementasi pelayanan kesehatan primer
- Membekali mahasiswa keperawatan dengan kerangka berpikir komprehensif untuk mendukung peran perawat keluarga dalam pelayanan kesehatan primer.

Capaian Pembelajaran:

CPL-Prodi yang dibebankan pada MK	
CPL	Sikap: Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa (TYME), beretika, dan menjunjung nilai kemanusiaan, Menunjukkan profesionalisme, kepedulian, dan empati dalam praktik keperawatan. Pengetahuan: Menguasai konsep keperawatan dasar, keluarga, komunitas, dan sistem kesehatan, Memahami prinsip promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam pelayanan kesehatan primer. Keterampilan Umum: Mampu menerapkan pemikiran logis, kritis, sistematis dalam pengambilan keputusan keperawatan, Mampu bekerja sama lintas profesi dan lintas sektor dalam pelayanan kesehatan. Keterampilan Khusus: Mampu melakukan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas berbasis <i>evidence-based practice</i>, Mampu melaksanakan peran perawat (<i>care provider, educator, advocate, communicator, manager, resercher</i>) di pelayanan kesehatan primer

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)	
CPMK	1. Menjelaskan konsep dasar keluarga dan pelayanan kesehatan primer sebagai landsasan keperawatan keluarga 2. Mengkaji, menganalisis, dan mengidentifikasi masalah kesehatan keluarga berdasarkan teori dan model keperawatan 3. Menyusun intervensi keperawatan keluarga sesuai prinsip PHC (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) 4. Mengimplementasikan asuhan keperawatan keluarga dalam berbagai setting komunitas (puskesmas, posyandu, home care) 5. Mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan keluarga dan mendokumentasikan sesuai standar.
Sub-CPMK	
Sub-CPMK 1	Menjelaskan definisi dan konsep dasar pelayanan kesehatan primer
Sub-CPMK 2	Menguraikan sejarah dan perkembangan pelayanan kesehatan primer di dunia dan Indonesia
Sub-CPMK 3	Mendeskripsikan prinsip-prinsip utama pelayanan kesehatan primer
Sub-CPMK 4	Mengidentifikasi komponen dan strategi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer
Sub-CPMK 5	Menjelaskan peran perawat keluarga dalam mendukung pelayanan kesehatan primer
Sub-CPMK 6	Menganalisis tantangan dan inovasi dalam penerapan pelayanan kesehatan primer di era modern.

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care/PHC*) merupakan strategi fundamental dalam pembangunan kesehatan global. Konsep ini diperkenalkan secara resmi melalui Deklarasi Alma Ata tahun 1978, yang menyatakan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia dan akses terhadap layanan kesehatan yang adil, terjangkau, dan berorientasi pada pencegahan adalah kunci untuk mewujudkan *Health for All* (World Health Organization, 1978). Sejak saat itu, PHC menjadi kerangka utama berbagai negara dalam mengembangkan sistem kesehatan yang berkelanjutan.

Dalam perkembangannya, PHC mengalami pembaruan melalui Deklarasi Astana tahun 2018 yang menegaskan kembali pentingnya pelayanan kesehatan primer sebagai fondasi pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC). Dokumen ini menekankan perlunya memperkuat peran masyarakat, meningkatkan pembiayaan kesehatan primer, serta memperluas akses layanan berbasis teknologi (World Health Organization & UNICEF, 2018).

Di Indonesia, PHC diimplementasikan melalui berbagai program berbasis masyarakat, seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), serta program keluarga sehat berbasis pendekatan siklus hidup. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan terus mendorong transformasi layanan primer sejak tahun 2021, yang menitikberatkan pada penguatan upaya promotif-preventif, digitalisasi layanan kesehatan, dan kolaborasi interprofesional dalam asuhan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Bagi profesi keperawatan, khususnya Keperawatan Keluarga, pelayanan kesehatan primer menjadi sangat relevan karena keluarga merupakan unit terkecil masyarakat yang paling berpengaruh terhadap kesehatan individu. Perawat keluarga berperan tidak hanya dalam aspek kuratif, tetapi juga promotif dan preventif, melalui kegiatan edukasi, konseling, advokasi, serta kunjungan rumah (*home visit*). Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan perawat keluarga dalam pelayanan primer dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat, kepatuhan terapi, serta kemandirian keluarga dalam mengelola kesehatan (Starfield, Shi and Macinko, 2005; Aryastami and Mubasyiroh, 2023; Hasanbasri *et al.*, 2024).

Selain itu, era modern menuntut inovasi dalam PHC, termasuk pemanfaatan teknologi digital dan *telehealth* yang terbukti efektif dalam memperluas jangkauan layanan dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan berbasis keluarga (Erku *et al.*, 2023; Mosadeghrad *et al.*, 2024). Dengan demikian, penguasaan konsep PHC bukan

hanya penting secara teoritis, tetapi juga aplikatif dalam mempersiapkan mahasiswa Sarjana Keperawatan menjadi tenaga kesehatan yang kompeten, profesional, dan adaptif terhadap perkembangan zaman.

Pendekatan pembelajaran dalam buku ini dirancang student-centered learning, dengan penyajian narasi, studi kasus, latihan soal, serta glosarium istilah penting. Tujuannya adalah agar mahasiswa dapat mengintegrasikan pengetahuan dengan praktik nyata di lapangan, sesuai dengan Standar Kompetensi Ners Indonesia dan Kurikulum Nasional Sarjana Keperawatan (AIPNI, 2015). Dengan memahami konsep pelayanan kesehatan primer, mahasiswa diharapkan mampu menginternalisasi nilai-nilai promotif, preventif, dan partisipasi masyarakat, serta mengaplikasikannya dalam konteks keperawatan keluarga. Pada akhirnya, hal ini akan mendukung pencapaian visi kesehatan nasional menuju masyarakat Indonesia yang sehat, mandiri, dan berkeadilan.

Uraian Materi

Uraian materi dalam Bab ini terdiri dari definisi dan konsep dasar pelayanan kesehatan primer; sejarah dan perkembangan PHC, baik secara global maupun di Indonesia; prinsip-prinsip utama pelayanan kesehatan primer yang relevan dengan konteks masyarakat Indonesia; komponen dan strategi PHC yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dasar; peran perawat keluarga dalam memperkuat PHC; tantangan dan inovasi pelayanan kesehatan primer di era modern, termasuk perkembangan digitalisasi dan kolaborasi interprofesional.

A. Defenisi dan Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan Primer

1. Definisi Menurut WHO

Menurut World Health Organization (World Health Organization, 2020), *Primary Health Care (PHC)* adalah pendekatan menyeluruh terhadap kesehatan masyarakat yang berfokus pada kebutuhan individu dan keluarga, mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang berkesinambungan. WHO menegaskan bahwa PHC bukan hanya sekadar layanan medis dasar, tetapi juga melibatkan pemberdayaan masyarakat, keterpaduan lintas sektor, serta jaminan keadilan dalam akses layanan kesehatan. Definisi WHO ini menekankan bahwa PHC adalah strategi sistem kesehatan yang berorientasi pada keadilan, efisiensi, dan keberlanjutan, sehingga menjadi fondasi pencapaian *Universal Health Coverage (UHC)*.

2. Deklarasi Alma Ata (1978)

Pada tahun 1978, Konferensi Internasional tentang Pelayanan Kesehatan Primer di Alma Ata, Kazakhstan, menghasilkan Deklarasi Alma Ata yang mendefinisikan PHC sebagai:

"Essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and the country can afford to maintain..." (World Health Organization, 1978).

Artinya, PHC adalah pelayanan kesehatan esensial yang berbasis pada metode ilmiah dan teknologi tepat guna, dapat diterima secara sosial, terjangkau oleh masyarakat dan negara, serta dilaksanakan dengan partisipasi penuh masyarakat. Deklarasi Alma Ata menekankan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia dan tanggung jawab pemerintah untuk menjamin akses layanan kesehatan yang merata.

3. Deklarasi Astana (2018)

Empat puluh tahun setelah Alma Ata, Deklarasi Astana (2018) memperbarui komitmen negara-negara dunia terhadap PHC. Dokumen ini mendefinisikan PHC sebagai:

“A cornerstone of a sustainable health system and a critical foundation for achieving universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals” (World Health Organization & UNICEF, 2018).

Deklarasi Astana menegaskan bahwa PHC merupakan fondasi utama sistem kesehatan berkelanjutan dan sangat penting dalam pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs). Deklarasi ini menambahkan penekanan pada inovasi layanan, pemanfaatan teknologi digital, serta kolaborasi lintas sektor untuk memperkuat PHC.

B. Sejarah dan Perkembangan Primary Health Care (PHC)

1. Awal Mula PHC

Konsep *Primary Health Care (PHC)* lahir sebagai respons terhadap kesenjangan kesehatan global pada dekade 1970-an. Saat itu, banyak negara berkembang menghadapi angka kesakitan dan kematian tinggi, terutama akibat penyakit menular, kurang gizi, dan akses layanan kesehatan yang terbatas.

Pada tahun 1978, Konferensi Internasional tentang PHC di Alma Ata, Kazakhstan melahirkan Deklarasi Alma Ata. Deklarasi ini menetapkan bahwa:

- a. Kesehatan adalah hak asasi manusia.
- b. Pemerataan akses kesehatan adalah tanggung jawab pemerintah.
- c. PHC harus berbasis pada partisipasi aktif masyarakat dan teknologi tepat guna.

Deklarasi ini menjadikan PHC sebagai strategi global menuju *Health for All by the Year 2000* (World Health Organization, 1978).

2. Perkembangan PHC Global

Setelah Alma Ata, PHC terus berkembang:

- a. 1980–1990-an: Banyak negara mulai membangun layanan primer berbasis komunitas, misalnya *community health workers* di Afrika dan Asia.
- b. 2000-an: PHC mendapat dorongan baru melalui Millennium Development Goals (MDGs), yang menekankan pengurangan kematian ibu, bayi, dan pengendalian penyakit menular.
- c. 2015–sekarang: Sustainable Development Goals (SDGs) dan Universal Health Coverage (UHC) menjadikan PHC sebagai kunci keberlanjutan sistem kesehatan.

- d. 2018: Deklarasi Astana memperkuat kembali komitmen global terhadap PHC dengan menambahkan fokus pada teknologi digital, inovasi layanan, dan kolaborasi lintas sektor (World Health Organization & UNICEF, 2018).

3. Perkembangan PHC di Indonesia

Indonesia merupakan salah satu negara yang mengadopsi PHC sejak awal, melalui pembentukan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) pada tahun 1960-an. Puskesmas dirancang sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan berbasis wilayah kerja, dengan prinsip promotif dan preventif.

Beberapa tonggak penting:

- a. 1980-an: Didirikan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) untuk pelayanan kesehatan ibu-anak dan gizi.
- b. 2014: Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memperluas akses masyarakat ke PHC.
- c. 2021–2023: Kementerian Kesehatan meluncurkan program Transformasi Layanan Primer, dengan fokus pada penguatan layanan promotif, preventif, dan digitalisasi di Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

4. Keterkaitan PHC dengan Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga merupakan salah satu pilar penting dalam implementasi PHC. Hubungannya dapat dilihat dalam beberapa aspek:

- a. Fokus pada keluarga sebagai unit pelayanan: PHC menekankan kesehatan masyarakat dimulai dari keluarga. Perawat keluarga berperan dalam melakukan pengkajian, identifikasi masalah, serta intervensi keperawatan berbasis keluarga.
- b. Pendekatan promotif-preventif: Perawat keluarga berperan dalam penyuluhan kesehatan, imunisasi, pemantauan tumbuh kembang anak, perawatan lansia, dan pengendalian penyakit kronis.
- c. Partisipasi masyarakat: Keperawatan keluarga mendorong pemberdayaan keluarga agar berperan aktif dalam menjaga kesehatan.
- d. Kolaborasi interprofesional: Perawat keluarga berperan sebagai penghubung antara keluarga, Puskesmas, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan lainnya.

Penelitian menunjukkan bahwa integrasi perawat keluarga dalam PHC dapat meningkatkan kualitas hidup, kepatuhan keluarga dalam pengelolaan penyakit kronis, serta efektivitas program kesehatan (Starfield, Shi and Macinko, 2005; Erku *et al.*, 2023).

Tabel 1.1 Alur Sejarah dan Perkembangan PHC

No	Tahun	Perkembangan
1	1978	Deklarasi Alma Ata ▪ Fondasi PHC Global ▪ <i>"Health for All"</i> ▪ Menekankan pemerataan partisipasi masyarakat, dan layanan promotif-preventif
2	1980-1990 an	Penguatan PHC berbasis komunitas ▪ Puskesmas dan kader kesehatan di Indonesia ▪ <i>Community health workers</i> di negara lain
3	2000 an	PHC dalam MDGs ▪ Fokus kesehatan ibu dan anak ▪ Pengendalian penyakit menular
4	2014	Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Indonesia ▪ Akses lebih luas ke layanan primer ▪ PHC sebagai gerbang pertama peserta BPJS
5	2015	<i>Sustainable Development Goals (SDGs)</i> ▪ PHC sebagai kunci pencapaian UHC ▪ Penekanan integrasi sistem kesehatan
6	2018	Deklarasi Astana ▪ PHC sebagai fondasi SDGs ▪ Penguatan inovasi, teknologi digital, dan kolaborasi lintas sektor
7	2021-2023	Transformasi layanan primer Indonesia ▪ Fokus promotif dan preventif ▪ Digitalisasi layanan puskesmas ▪ Kolaborasi interprofesional

C. Prinsip Pelayanan Kesehatan Primer

Konsep *Primary Health Care (PHC)* yang dirumuskan dalam **Deklarasi Alma Ata (1978)** dan diperkuat oleh **Deklarasi Astana (2018)** memiliki prinsip-prinsip dasar yang menjadi fondasi pelaksanaannya. Prinsip ini relevan untuk semua negara, termasuk Indonesia, dan menjadi pedoman dalam praktik keperawatan keluarga.

1. Pemerataan akses (*Equity in Health Care*)

Prinsip utama PHC adalah memastikan semua orang memiliki akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan yang aman, terjangkau, dan efektif, tanpa

diskriminasi berdasarkan status sosial, ekonomi, atau geografis (World Health Organization, 1978; Agustina *et al.*, 2019).

Keterkaitan dengan Keperawatan Keluarga: Perawat keluarga membantu menjembatani akses layanan kesehatan, terutama pada kelompok rentan (ibu hamil, balita, lansia, atau keluarga miskin). Perawat berperan sebagai advokat untuk memastikan keluarga mendapatkan hak kesehatan yang setara.

2. Partisipasi Masyarakat (*Community Participation*) dan Pemberdayaan (*Empowerment*)

PHC menekankan keterlibatan aktif masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi layanan kesehatan seperti deteksi dini, edukasi, dan monitoring kesehatan (World Health Organization & UNICEF, 2018; Himawan *et al.*, 2025).

Keterkaitan dengan Keperawatan Keluarga: Perawat keluarga mendorong keluarga untuk berpartisipasi dalam kegiatan Posyandu, program kesehatan lingkungan, serta pengambilan keputusan terkait kesehatan keluarga.

3. Teknologi Tepat Guna (*Appropriate Technology*)

Layanan kesehatan primer menggunakan metode dan teknologi yang efektif, terjangkau, serta sesuai dengan kondisi sosial budaya masyarakat.

Keterkaitan dengan Keperawatan Keluarga: Perawat keluarga memanfaatkan media sederhana (leaflet, flipchart, aplikasi mobile sederhana) untuk edukasi kesehatan, serta teknik perawatan dasar yang mudah diaplikasikan di rumah.

4. Intersektoral dan Kolaboratif (*Intersectoral Collaboration*)

PHC memerlukan keterpaduan berbagai sektor (pendidikan, pertanian, sosial, lingkungan) untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (Starfield, Shi and Macinko, 2005).

Keterkaitan dengan Keperawatan Keluarga: Perawat keluarga bekerja sama dengan kader kesehatan, guru, tokoh masyarakat, dan tenaga medis lain dalam upaya promotif-preventif, seperti program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat).

5. Promotif dan Preventif sebagai Prioritas

PHC menempatkan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit sebagai prioritas utama, tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif (Agustina *et al.*, 2019).

Keterkaitan dengan Keperawatan Keluarga: Perawat keluarga fokus pada edukasi gizi, imunisasi, deteksi dini penyakit kronis, perawatan lansia, dan pencegahan komplikasi agar keluarga dapat mandiri dalam menjaga kesehatan.

6. Keterjangkauan dan Keberlanjutan (*Affordability and Sustainability*)

PHC menekankan layanan yang murah, efisien, dan berkesinambungan untuk semua lapisan masyarakat (Hasanbasri *et al.*, 2024).

Keterkaitan dengan Keperawatan Keluarga: Perawat keluarga mendorong keluarga untuk memanfaatkan layanan primer (Puskesmas, Posyandu, *home visit*) yang terjangkau dan berkelanjutan dibanding layanan rumah sakit yang lebih mahal.

7. Berbasis data dan teknologi digital

Menggunakan *Local Area Monitoring (LAM)* dashboard untuk pengambilan Keputusan berbasis bukti (Himawan *et al.*, 2025).

D. Komponen Primary Health Care (PHC)

Komponen PHC mencakup promotif, preventif, kuratif dasar, dan rehabilitatif sederhana. Bagi keperawatan keluarga, pemahaman dan penerapan komponen ini sangat penting karena keluarga merupakan unit utama intervensi. Perawat keluarga menjadi ujung tombak dalam edukasi, pencegahan penyakit, perawatan dasar, serta pemberdayaan masyarakat untuk kemandirian kesehatan.

1. Promotif (*Health Promotion*)

Upaya meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan kemampuan masyarakat agar mau dan mampu hidup sehat.

Contoh:

- Penyuluhan gizi seimbang dan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat).
- Kampanye anti-rokok, edukasi kesehatan reproduksi, edukasi manajemen stres.
- Program keluarga sehat dengan pendekatan siklus hidup.

2. Preventif (*Prevention*)

Upaya pencegahan penyakit agar individu dan keluarga terhindar dari risiko kesehatan.

Contoh:

- Imunisasi dasar lengkap bagi balita.
- Skrining hipertensi dan diabetes pada dewasa.
- Pencegahan DBD dengan PSN (pemberantasan sarang nyamuk).

3. Kuratif Dasar (*Basic Curative Services*)

Penanganan awal dan sederhana terhadap penyakit umum atau cedera ringan di tingkat layanan primer.

Contoh:

- Pengobatan ISPA, diare, dan penyakit umum di Puskesmas.
- Perawatan luka ringan dan pemantauan pasien kronis di rumah.

c. Konsultasi dasar dan rujukan bila diperlukan.

4. Rehabilitatif Sederhana (*Basic Rehabilitation*)

Upaya pemulihan fungsi individu agar dapat mandiri kembali setelah sakit atau mengalami keterbatasan.

Contoh:

- a. Latihan gerak sederhana pasca stroke di rumah.
- b. Terapi aktivitas sehari-hari untuk lansia.
- c. Dukungan keluarga dalam perawatan penderita demensia ringan.

Menurut Deklarasi Alma Ata (WHO, 1978), PHC memiliki delapan komponen esensial yang kemudian diperkaya oleh perkembangan global termasuk Deklarasi Astana (World Health Organization & UNICEF, 2018). Komponen ini menjadi dasar pengembangan pelayanan kesehatan primer di banyak negara, termasuk Indonesia.

1. Edukasi Kesehatan untuk Masyarakat

Penyebaran informasi kesehatan dasar yang dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya perilaku hidup sehat.

Contoh: Penyuluhan tentang gizi seimbang, kebersihan diri, bahaya merokok, pencegahan HIV/AIDS.

2. Peningkatan Gizi yang Memadai

Menjamin ketersediaan makanan bergizi dan edukasi gizi untuk mencegah stunting, anemia, dan malnutrisi.

Contoh: Program pemberian makanan tambahan di Posyandu, edukasi MP-ASI pada ibu balita.

3. Penyediaan Air Bersih dan Sanitasi Dasar

Air bersih dan sanitasi merupakan determinan penting kesehatan masyarakat.

Contoh: Penyediaan jamban sehat, air minum bersih, dan pengelolaan sampah.

4. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), termasuk Keluarga Berencana

Fokus pada pelayanan antenatal, persalinan aman, imunisasi, serta program KB.

Contoh: ANC terpadu, imunisasi dasar lengkap, program KB dengan kontrasepsi modern.

5. Imunisasi terhadap Penyakit Menular

Imunisasi sebagai strategi preventif utama terhadap penyakit menular.

Contoh: Imunisasi dasar lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B).

6. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Endemik

Pengendalian penyakit menular yang sering terjadi di wilayah tertentu.

Contoh: TB, malaria, DBD, filariasis.

7. Pengobatan Penyakit Umum dan Cedera

PHC menyediakan pelayanan kuratif dasar untuk penyakit umum dan cedera ringan.

Contoh: Penatalaksanaan ISPA, diare, luka ringan di Puskesmas atau klinik.

8. Penyediaan Obat Esensial

Menjamin ketersediaan obat-obat esensial dengan harga terjangkau.

Contoh: Antibiotik dasar, antipiretik, antihipertensi generik di Puskesmas.

E. Peran Perawat Keluarga

Perawat keluarga merupakan salah satu tenaga kesehatan kunci di tingkat pelayanan primer, berperan dalam memastikan keluarga menjadi unit utama dalam menjaga kesehatan, mendeteksi dini masalah, dan melakukan perawatan dasar di rumah. Sesuai Standar Kompetensi Ners Indonesia (AIPNI, 2015; Harwijayanti *et al.*, 2022; Arneliwati *et al.*, 2025), perawat keluarga menjalankan fungsi promotif, preventif, kuratif dasar, dan rehabilitatif sederhana, sejalan dengan prinsip PHC.

1. *Care Provider* (Pemberi Asuhan), berperan memberikan asuhan keperawatan dasar di rumah dan komunitas, contohnya pemantauan pasien dengan hipertensi/diabetes, perawatan luka ringan, dukungan perawatan lansia.
2. *Educator* (Pendidik Kesehatan), berperan memberikan penyuluhan kesehatan keluarga tentang gizi, imunisasi, kesehatan reproduksi, dan pencegahan penyakit, contohnya edukasi tentang manajemen diet bagi keluarga dengan anggota penderita diabetes.
3. *Advocate* (Advokat Kesehatan), berperan memperjuangkan hak kesehatan keluarga, terutama kelompok rentan (ibu hamil, balita, lansia, penyandang disabilitas), contohnya menghubungkan keluarga dengan program bantuan BPJS atau layanan rujukan.
4. *Communicator* (Komunikator), berperan menjalin komunikasi efektif dengan keluarga, kader kesehatan, dan tim interprofesional, contohnya memfasilitasi diskusi kesehatan di Posyandu atau pertemuan kelompok keluarga sehat.
5. *Manager & Coordinator* (Pengelola dan Koordinator Layanan), berperan mengelola pelayanan kesehatan keluarga, mengorganisasi kunjungan rumah, serta memastikan rujukan berjalan lancar, contohnya mengkoordinasikan pemeriksaan rutin ibu hamil dan imunisasi anak di Puskesmas.
6. *Researcher* (Peneliti Praktik Keperawatan), berperan melakukan penelitian kecil untuk mendukung praktik berbasis bukti (evidence-based practice), contohnya survei kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di komunitas.

Peran perawat keluarga dalam PHC antara lain (Himawan *et al.*, 2025):

1. Pelaksana *home visit* dan deteksi dini

Perawat keluarga dapat melakukan kunjungan rumah untuk skrining TB, hipertensi, diabetes, serta monitoring lansia

2. Edukator dan promotor kesehatan

Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi, PHBS, manajemen penyakit kronis, dan perawatan mandiri

3. Koordinator layanan keluarga

Menjadi penghubung keluarga dengan Puskesmas, Posyandu, dan layanan rujukan, memastikan kesinambungan perawatan

4. Pendukung komunitas

Melatih kader, mendukung posyandu, dan memberdayakan masyarakat agar lebih mandiri dalam menjaga kesehatan

5. Pengelola data kesehatan keluarga

Membantu pencatatan dalam sistem digital seperti SATU SEHAT dan LAM untuk pemantauan berbasis bukti.

F. Tantangan dan Inovasi dalam Pelayanan Kesehatan Primer

1. Tantangan Pelayanan Kesehatan Primer

Berjalannya pelayanan kesehatan primer memiliki tantangan yaitu (Agustina *et al.*, 2019):

- a. Keterbatasan fasilitas primer: jumlah dan mutu puskesmas/klinik belum merata di seluruh wilayah
- b. Ketersediaan obat dan alat kesehatan: masih sering terjadi kekurangan dan distribusi tidak merata
- c. Kesenjangan sosial-ekonomi & geografis: akses layanan kesehatan masih timpang antara Jawa-Luar Jawa, kota-desa, dan kelompok miskin-kaya
- d. Ketidaktepatan sasaran subsidi: bantuan sering salah sasaran, sehingga kelompok miskin belum sepenuhnya terlayani
- e. Sustainability finansial: defisit keuangan BPJS kesehatan, rendahnya kepatuhan iuran, serta biaya kuratif yang terus meningkat
- f. Dominasi kuratif: hanya sekitar 7% belanja kesehatan dialokasikan untuk promotif-preventif, mayoritas masih terserap pada kuratif
- g. Sistem informasi kesehatan: lemah dalam integrasi dan akurasi data, menghambat pemantauan dan evaluasi
- h. Beban penyakit ganda: masih tingginya penyakit menular (TB, Malaria) bersamaan dengan meningkatnya penyakit tidak menular (diabetes, kanker, stroke).

Selain itu, ada juga tantangan lainnya yaitu (Himawan *et al.*, 2025):

- a. Fragmentasi layanan dan pembiayaan: program berjalan terpisah (Posyandu Balita, Lansia, Posbindu PTM, dll), dana JKN, BOK, dan program vertical berjalan sendiri-sendiri yang menyebabkan duplikasi dan pelayanan tidak terintegrasi.
- b. Keterbatasan SDM & fasilitas: sekitar 3,9% puskesmas tanpa dokter, hampir 48% belum memenuhi standar tim tenaga kesehatan esensial.
- c. Ketimpangan geografis dan infrastruktur digital: lebih dari 18.000 desa belum memiliki layanan primer memadai, banyak puskesmas tidak terhubung internet.

2. Inovasi dalam Pelayanan kesehatan primer (Starfield, Shi and Macinko, 2005; WHO, 2008, 2021; World Health Organization & UNICEF, 2018).

a. Digital Health & Telemedicine

- 1) Inovasi digital di bidang kesehatan memungkinkan perluasan akses layanan primer melalui aplikasi kesehatan, rekam medis elektronik (*Electronic Medical Records*), dan telekonsultasi. Hal ini sangat relevan untuk daerah terpencil yang sulit dijangkau tenaga kesehatan.
- 2) Pemanfaatan aplikasi kesehatan, rekam medis elektronik, dan telekonsultasi untuk memperluas jangkauan layanan.
- 3) Manfaat: Mempercepat diagnosis, meningkatkan akses layanan, serta mendukung pencatatan data kesehatan berbasis bukti.
- 4) Contoh: aplikasi SATUSEHAT, telemedicine di Puskesmas daerah terpencil.

b. Integrated Life-Course Primary Health Care (ILP)

- 1) ILP adalah pendekatan pelayanan kesehatan berbasis siklus hidup yang memadukan layanan **promotif, preventif, kuratif dasar, dan rehabilitatif**. Tujuannya menghindari fragmentasi program vertikal (misalnya TB, gizi, KIA, PTM) dengan mengintegrasikan semua layanan ke dalam satu sistem primer.
- 2) Pendekatan pelayanan kesehatan berbasis siklus hidup (anak, remaja, dewasa, lansia) untuk menghindari fragmentasi program.
- 3) Contoh: Reformasi Transformasi Layanan Primer Indonesia (2021–2023) yang mengelompokkan layanan menjadi 5 klaster (Ibu & Anak, Dewasa & Lansia, Penyakit Menular, Penyakit Tidak Menular, Manajemen Layanan).
- 4) Manfaat: Meningkatkan efisiensi, kesinambungan, dan kesetaraan layanan kesehatan sepanjang siklus hidup.

c. Task Shifting dan Pemberdayaan Kader

- 1) Task shifting adalah pelimpahan sebagian tugas tenaga medis kepada tenaga kesehatan lain atau kader terlatih untuk mengatasi keterbatasan

- SDM. Kader Posyandu, bidan desa, dan perawat komunitas dapat dilibatkan dalam edukasi, skrining penyakit, dan monitoring kesehatan.
- 2) Pelibatan kader Posyandu, bidan desa, dan perawat komunitas dalam skrining penyakit, edukasi, dan monitoring kesehatan.
 - 3) Contoh: Kader melakukan pengukuran tekanan darah, pemeriksaan gula darah sederhana, edukasi gizi, serta pelaporan hasil ke Puskesmas.
 - 4) Manfaat: Menjangkau lebih banyak masyarakat, meningkatkan kapasitas komunitas, dan memperkuat deteksi dini masalah kesehatan.
- d. Kolaborasi Interprofesional & Lintas Sektor
- 1) Pelayanan primer yang efektif membutuhkan integrasi lintas profesi (perawat, bidan, dokter, ahli gizi) serta dukungan sektor non-kesehatan seperti pendidikan, lingkungan, dan sosial. Hal ini sejalan dengan konsep *Health in All Policies*.
 - 2) Dukungan sektor non-kesehatan: pendidikan, lingkungan, sosial, untuk determinan kesehatan.
 - 3) Contoh: Program *Posyandu Terintegrasi* yang menggabungkan layanan KIA, gizi, PTM, dan kesehatan lansia; kolaborasi sekolah dan Puskesmas dalam UKS.
 - 4) Manfaat: Mengurangi duplikasi program, meningkatkan efektivitas, serta memperkuat determinan sosial kesehatan.
- e. Pendekatan Komunitas & Home Visit (Intening et al., 2024)
- 1) Home visit (kunjungan rumah) merupakan inovasi berbasis komunitas yang mendekatkan pelayanan kepada keluarga, terutama bagi kelompok rentan seperti lansia, pasien kronis, atau penderita disabilitas.
 - 2) Penguatan kunjungan rumah (home visit) untuk deteksi dini masalah keluarga, pemantauan lansia, serta pendampingan penyakit kronis.
 - 3) Efektif meningkatkan kepatuhan keluarga terhadap program kesehatan.
 - 4) Contoh: Kunjungan rumah untuk pemantauan lansia dengan demensia, edukasi keluarga tentang manajemen hipertensi/diabetes, serta pemantauan tumbuh kembang anak.
 - 5) Manfaat: Meningkatkan kepatuhan keluarga, memperkuat hubungan perawat–keluarga, dan memungkinkan deteksi dini masalah kesehatan.
- f. Pembiayaan Berbasis Kapitasi dan Value-Based Care
- 1) Sistem kapitasi JKN memberikan dana tetap per peserta untuk pelayanan kesehatan primer di Puskesmas/klinik. Tren global mulai mengarah pada *value-based care*, yaitu pembiayaan berbasis mutu dan outcome pasien, bukan hanya volume layanan.
 - 2) Arah ke depan menuju pelayanan berbasis mutu (*value-based health care*).

- 3) Contoh: Pembayaran kapitasi di Puskesmas dengan indikator kinerja (cakupan imunisasi, skrining PTM, kunjungan ANC).
- 4) Manfaat: Mendorong efisiensi, peningkatan kualitas, dan fokus pada hasil kesehatan masyarakat.

G. Latihan Soal

Pilihan Ganda

1. Prinsip utama pelayanan kesehatan primer menurut Deklarasi Alma Ata adalah...
 - A. Efisiensi biaya
 - B. Pemerataan kesehatan
 - C. Spesialisasi layanan
 - D. Pengobatan penyakit kronis
 - E. Teknologi canggih
2. Yang termasuk peran perawat keluarga dalam pelayanan primer adalah...
 - A. Spesialis bedah
 - B. Care provider
 - C. Radiografer
 - D. Ahli farmasi
 - E. Teknisi laboratorium
3. Deklarasi Astana dilaksanakan pada tahun...
 - A. 1978
 - B. 1985
 - C. 2000
 - D. 2018
 - E. 2020
4. Komponen utama pelayanan kesehatan primer meliputi...
 - A. Promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif
 - B. Rehabilitasi, terapi spesialis, penelitian, rujukan
 - C. Kuratif, operatif, spesialisasi, teknologi tinggi
 - D. Farmasi, radiologi, laboratorium, gizi klinis
 - E. Promotif, radiologi, rujukan, rehabilitative
5. Manakah tantangan dalam pelayanan kesehatan primer?
 - A. Promotif dan preventif diutamakan
 - B. Akses dan infrastruktur merata

- C. Penggunaan biaya diutamakan pada promotif
- D. Keterbatasan sumber daya manusia (SDM) kesehatan
- E. Tingginya penyakit menular

Essay

1. Jelaskan perbedaan antara pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier
2. Bagaimana peran perawat keluarga dalam meningkatkan kesadaran kesehatan masyarakat?
3. Uraikan tantangan utama dalam penerapan pelayanan kesehatan primer di Indonesia
4. Diskusikan strategi inovatif yang dapat dilakukan perawat dalam mendukung PHC
5. Mengapa partisipasi masyarakat sangat penting dalam keberhasilan PHC?

Kunci Jawaban

1. B
2. B
3. D
4. A
5. D

H. Rangkuman Materi

1. PHC adalah fondasi sistem kesehatan yang berorientasi pada pencegahan, promosi, kuratif dasar, dan rehabilitasi.
2. Sejarah PHC dimulai dari Alma Ata (1978), diperkuat Astana (2018).
3. Prinsip PHC meliputi keadilan, keterjangkauan, partisipasi masyarakat, lintas sektor, dan pencegahan.
4. Komponen PHC mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dasar.
5. Perawat keluarga berperan penting sebagai edukator, care provider, advokat, koordinator, dan konselor.
6. Tantangan PHC: keterbatasan SDM, pembiayaan, akses, beban dan penyakit; Inovasi: telemedicine, nurse practitioner, kolaborasi interdisipliner.

I. Glosarium

Primary Health Care (PHC)	:	Pelayanan kesehatan primer berbasis masyarakat
Universal Health Coverage (UHC)	:	Sistem kesehatan untuk semua tanpa hambatan finansial
Puskesmas	:	Pusat kesehatan masyarakat sebagai ujung tombak layanan primer
Promosi kesehatan	:	Upaya meningkatkan kesadaran dan perilaku hidup sehat
Preventif	:	Pencegahan penyakit melalui imunisasi, skrining, dan edukasi
Kuratif	:	Penanganan penyakit umum di tingkat layanan dasar
Rehabilitatif	:	Pemulihan fungsi dan kemandirian pasien
Deklarasi Alma Ata	:	Kesepakatan internasional tahun 1978 tentang PHC
Deklarasi Astana	:	Pembaharuan komitmen PHC tahun 2018
Perawat keluarga	:	Perawat yang memberikan Asuhan holistic berbasis keluarga
Local Area Monitoring (LAM)	:	Sistem pemantauan kinerja layanan kesehatan primer berbasis wilayah lokal yang dikembangkan Kementerian Kesehatan RI dalam kerangka <i>Transformasi Layanan Primer</i> , menggunakan dashboard digital yang menampilkan capaian indikator layanan primer di tingkat kabupaten/kota, Puskesmas, hingga desa.

J. Daftar Pustaka

- Agustina, R. *et al.* (2019) 'Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges', *The Lancet*, 393(10166), pp. 75–102. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-7.
- AIPNI (2015) *Standar Kompetensi Ners Indonesia*. Jakarta.
- Arneliwati *et al.* (2025) *Bunga Rampai Keperawatan Keluarga Dalam Perawatan Lansia*. Edited by H. Hastuti. Jakarta: Nuansa Fajar Cemerlang.
- Aryastami, N. K. and Mubasyiroh, R. (2023) 'Optimal utilization of maternal health service in Indonesia: A cross-sectional study of Riskesdas 2018', *BMJ Open*, 13(9), pp. 1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2022-067959.
- Erku, D. *et al.* (2023) 'Digital health interventions to improve access to and quality of primary health care services: A Scoping Review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(19). doi: 10.3390/ijerph20196854.
- Harwijayanti, B. P. *et al.* (2022) *Keperawatan Keluarga*. 1st Ed. Edited by M. Sari and I. Melisa. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Hasanbasri, M. *et al.* (2024) 'Analyzing primary healthcare governance in Indonesia: Perspectives of community health workers', *Cureus*, 16(3). doi: 10.7759/cureus.56099.
- Himawan, R. *et al.* (2025) *Reshaping primary health care : Understanding Indonesia 's integrated primary health care (ILP) reform, Strategic Purchasing for Primary Health Care*. Available at: <https://thinkwell.global/projects/sp4phc/>.
- Intening, V. R. *et al.* (2024) 'Optimalisasi peran kader dalam promosi pencegahan penyakit tidak menular melalui manajemen kunjungan rumah', *Jukeshum: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(2), pp. 226–230.
- Kementerian Kesehatan RI (2021) *Transformasi Layanan Kesehatan Primer*. Jakarta.
- Mosadeghrad, A. M. *et al.* (2024) 'Strategies to strengthen the resilience of primary health care in the COVID-19 pandemic: A scoping review', *BMC Health Services Research*, 24(1), pp. 1–32. doi: 10.1186/s12913-024-11278-4.
- Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005) 'Contribution of Primary Care to Health Systems and Health', *The Milbank Quarterly*, 83(3), pp. 457–502.
- WHO (2008) *Task shifting: Global recommendations and guidelines*, *World Health*

Organization. WHO. doi: 10.1080/17441692.2011.552067.

WHO (2021) *Global Strategy on Digital Health, Global strategy on digital health 2020-2025*. doi: 10.1007/s13312-020-1789-7.

World Health Organization (1978) *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR*. Available at: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>.

World Health Organization (2020) *Primary health care*. Available at: <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>.

World Health Organization & UNICEF (2018) *Declaration of Astana on Primary Health Care*. Geneva.

BAB 2

KONSEP KOMUNITAS DALAM KONTEKS KEPERAWATAN KELUARGA

CPL (Capaian Pembelajaran Lulusan) – terpetakan (S, P, KU, KK)

- S (Sikap): Menunjukkan profesionalisme, etika, dan kepekaan budaya dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga berbasis komunitas.
- P (Pengetahuan): Menguasai konsep, teori, dan model komunitas serta determinan sosial kesehatan untuk analisis masalah keluarga dalam konteks komunitas.
- KU (Keterampilan Umum): Mampu berkomunikasi efektif, kolaboratif, dan memanfaatkan teknologi informasi dalam pengelolaan data komunitas.
- KK-1 (Keterampilan Khusus): Mampu melakukan pengkajian komunitas yang komprehensif (data demografi, lingkungan, sumber daya, risiko) dan menyusun diagnosis keperawatan tingkat keluarga-komunitas.
- KK-2 (Keterampilan Khusus): Mampu merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi intervensi keperawatan keluarga berbasis bukti dengan pendekatan promosi, pencegahan, kuratif, dan rehabilitatif di komunitas.
- KK-3 (Keterampilan Khusus): Mampu memimpin, mengadvokasi, dan memberdayakan keluarga serta pemangku kepentingan komunitas untuk meningkatkan kemandirian kesehatan.

CPMK (Capaian Pembelajaran Mata Kuliah) – Keperawatan Keluarga (Bab: Konsep Komunitas)

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa mampu:

- Menjelaskan definisi, karakteristik, dan tipologi komunitas serta keterkaitannya dengan keperawatan keluarga.
- Menguraikan model/kerangka teori komunitas (mis. ekologi, sistem, komunitas sebagai mitra) dan implikasinya pada praktik keperawatan keluarga.
- Menganalisis determinan sosial, lingkungan, dan perilaku yang memengaruhi kesehatan keluarga dalam komunitas.
- Melakukan pengkajian komunitas (pengumpulan data, survei sapuan jalan, pemetaan aset berbasis komunitas) untuk mengidentifikasi masalah dan sumber daya keluarga.

- Merumuskan diagnosis keperawatan keluarga berbasis temuan komunitas secara prioritas dan terukur.
- Mendesain rencana intervensi keperawatan keluarga berbasis bukti yang berorientasi pada pemberdayaan dan kolaborasi lintas sektor.
- Mengevaluasi hasil intervensi serta merefleksikan aspek etis, legal, dan keselamatan dalam praktik keperawatan keluarga di komunitas.

Sub-CPMK (Unit hasil belajar spesifik bab)

Mahasiswa mampu:

- Membedakan konsep komunitas, masyarakat, dan kelompok sasaran serta menentukan unit analisis yang tepat untuk asuhan keperawatan keluarga.
- Memetakan struktur dan fungsi komunitas (populasi, jaringan sosial, institusi, lingkungan fisik) yang relevan dengan kesehatan keluarga.
- Menjelaskan kerangka teori komunitas (ekologi, sistem, aset berbasis komunitas) dan mengaitkannya dengan proses asuhan keperawatan keluarga.
- Mengidentifikasi determinan sosial-lingkungan kunci (pendapatan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, akses layanan, budaya) yang berdampak pada masalah kesehatan keluarga.
- Melaksanakan pengumpulan data komunitas (data sekunder, observasi terstruktur, wawancara pemangku kepentingan, survei sapuan jalan) secara etis dan valid.
- Membuat peta aset komunitas (sumber daya formal dan informal) untuk mendukung kemandirian keluarga.
- Melakukan analisis masalah keluarga dalam konteks komunitas (tren, pola, faktor risiko-pelindung) dan menetapkan prioritas dengan kriteria signifikansi dan keberdayaan.
- Merumuskan diagnosis keperawatan tingkat keluarga yang spesifik, terukur, dan berbasis bukti dari temuan komunitas.
- Menyusun rencana intervensi keperawatan keluarga berorientasi promosi dan pencegahan dengan kolaborasi lintas sektor serta indikator keberhasilan.
- Menyusun rencana pemantauan-evaluasi (indikator proses dan luaran) dan melaporkan hasilnya secara komunikatif kepada keluarga dan pemangku kepentingan komunitas.

Uraian Materi

A. Definisi Komunitas

Maurier dan Smith (2013) dalam (Sahar, J, Setiawan A, 2019) mendefinisikan komunitas sebagai suatu kumpulan individu yang saling berinteraksi dalam kelompok sosial dan berbagi kepentingan, karakteristik, nilai dan tujuan yang sama. Pendapat lain mengatakan bahwa komunitas merupakan kelompok dari masyarakat yang tinggal di suatu lokasi yang sama dan dibawah pemerintahan yang sama, area atau lokasi tempat tinggal yang sama (Sinthania et al., 2022). Menurut (IPKKI, 2017) komunitas adalah komponen penting dari pengalaman yang berkaitan dengan keluarga, rumah, serta berbagai ragam budaya dan agama, sedangkan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari dua atau lebih individu yang saling bergantung dan memerlukan berbagai dukungan baik emosional maupun ekonomi. Dalam upaya pemenuhan kebutuhan keluarga, komunitas memiliki peranan penting untuk mewujudkan tercapainya optimalisasi tugas dan fungsi keluarga pada periode kritis di setiap tahap perkembangan keluarga (Saputra, Andre, 2024). Komunitas berperan sebagai sumber daya, lingkungan dan faktor eksternal di sekitar keluarga yang berkontribusi terhadap pencapaian status kesehatan keluarga. Beberapa definisi diatas menunjukkan bahwa komunitas merupakan fasilitas yang dapat digunakan keluarga sebagai pendukung dalam memenuhi tugas keluarga dibidang kesehatan pada setiap tahap perkembangan selama siklus kehidupan.

B. Ciri-Ciri dan Karakteristik Komunitas

Menurut (Stanhope, M., & Lancaster, 2016), ciri-ciri dan karakteristik komunitas dalam konteks keperawatan keluarga antara lain:

1. Komunitas merupakan kumpulan individu atau keluarga yang hidup, saling berinteraksi secara sosial dan tinggal dalam satu wilayah tertentu;
2. Komunitas memiliki lokasi dan batas geografis tertentu yang dapat membedakan antar komunitas;
3. Individu atau keluarga didalam komunitas memiliki hubungan secara sosial dengan melakukan suatu kegiatan bersama dan saling mempengaruhi satu sama lain dalam membentuk perilaku kesehatan;
4. Komunitas berkembang karena memiliki tujuan, kebutuhan dan kepentingan yang sama termasuk upaya peningkatan kesehatan;
5. Komunitas memiliki organisasi dan struktur sosial untuk mencapai optimalisasi dari keberlangsungan hidup bersama.

Sedangkan (Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, 2010) menjelaskan beberapa ciri-ciri dan karakteristik komunitas dalam perspektif keperawatan keluarga meliputi:

1. Komunitas adalah sekumpulan unit terkecil dalam masyarakat yaitu keluarga yang hidup bersama dalam suatu wilayah tertentu dan memiliki keterikatan satu sama lain;
2. Komunitas memiliki letak terbatas yang dapat mempengaruhi fasilitas dan akses pelayanan kesehatan keluarga;
3. Komunitas memiliki suatu struktur sistem sosial yang mengatur hubungan interaksi antar keluarga yang berpengaruh pada pola dan perilaku kesehatan keluarga;
4. Komunitas merupakan hasil interaksi antara satu keluarga dengan lainnya melalui hubungan jejaring sosial, kerja sama dan berbagai dukungan termasuk kesehatan;
5. Komunitas biasanya memiliki kebutuhan dan pola masalah kesehatan sama serta berulang yang dialami oleh beberapa keluarga;
6. Komunitas memiliki sumber daya dan sarana kesehatan yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan keluarga;
7. Komunitas mempunyai satu tujuan yang sama dalam menciptakan kesehatan yang optimal bagi keluarga melalui perilaku hidup sehat, intervensi kesehatan dan kolaborasi lintas sektoral.

C. Fungsi dan Dinamika Komunitas

Fungsi Komunitas

Komunitas dalam ruang lingkup keperawatan keluarga dipandang sebagai unsur sosial yang membentuk, mempengaruhi dan mendukung kehidupan keluarga. Komunitas memiliki beberapa fungsi utama dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif sebagai prioritas dalam proses implementasi asuhan keperawatan keluarga. Menurut (Rahayu, D. Y. S., Anggraini, N., 2022), fungsi utama komunitas dalam konteks keperawatan keluarga antara lain:

1. Sebagai wadah pelayanan kesehatan primer bagi Masyarakat meliputi promosi kesehatan, preventif, *screening* dan penanganan awal terhadap masalah atau gangguan kesehatan;
2. Sebagai perantara dalam menyampaikan pendidikan kesehatan dengan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perilaku hidup sehat;
3. Sebagai penyedia dan pemberi dukungan sosial untuk memperkuat keluarga dalam melaksanakan tugas keluarga di bidang kesehatan secara maksimal;

4. Sebagai pendeteksi kebutuhan dan masalah kesehatan awal suatu wilayah tertentu termasuk prevalensi gizi, sanitasi maupun penyakit menular;
5. Sebagai fasilitator keluarga untuk dapat berpartisipasi aktif dalam berbagai program keperawatan yang telah disusun sebelumnya mulai dari identifikasi prioritas masalah sampai dengan evaluasi dan tindak lanjut program;
6. Sebagai agen pembaharu dan pendorong terhadap perubahan pola hidup dan lingkungan ke arah yang lebih sehat melalui organisasi yang disusun oleh masyarakat sendiri.

Pendapat lain oleh (Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, 2010) menjelaskan bahwa komunitas dalam konteks praktik keperawatan keluarga mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. *Health care provider* pada pelayanan kesehatan dasar keluarga;
2. Sumber dukungan sosial dan rujukan dalam pengambilan Keputusan;
3. Penyedia informasi, fasilitas, dan tenaga kesehatan bagi peningkatan status sehat keluarga.

Dinamika Komunitas dalam Keperawatan Keluarga

Dinamika komunitas didefinisikan sebagai proses interaksi dan perkembangan dalam komunitas termasuk keluarga didalamnya dengan melibatkan hubungan, peran, norma, dan adaptasi melalui kerjasama, komunikasi dan penyesuaian diri dalam menghadapi gangguan kesehatan keluarga. Dinamika komunitas menggambarkan fleksibilitas dan kapasitas adaptasi komunitas dalam menghadapi tantangan kesehatan yang pada akhirnya dapat berdampak pada kualitas kesehatan keluarga. Komunitas bersifat dinamis dan adaptif terhadap perubahan sosial, budaya, ekonomi, maupun politik. Struktur komunitas, termasuk organisasi, kepemimpinan, dan peran tokoh masyarakat akan menentukan efektivitas fungsi komunitas tersebut. Konflik maupun kerja sama dalam komunitas menjadi bagian penting dari proses dinamis yang terus berkembang (Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, 2010).

Dinamika komunitas dalam konteks keperawatan keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

- a. Keberagaman latar belakang sosial ekonomi, tingkat pencapaian indikator kesehatan, akses dan fasilitas yang tersedia di komunitas;
- b. Adaptasi melalui proses asuhan keperawatan keluarga yang diberikan terhadap kebutuhan atau tantangan dan stressor di komunitas baik internal maupun eksternal;
- c. Ketersediaan agen perubahan dan fasilitator di komunitas;
- d. Jenis dan macam stressor yang timbul di komunitas;

(Rahayu, D. Y. S., Anggraini, N., 2022)

D. Faktor Komunitas yang mempengaruhi Kesehatan Keluarga

Menurut (Kementerian Kesehatan, 2021), beberapa faktor komunitas yang mempengaruhi kesehatan keluarga antara lain:

1. Keadaan lingkungan fisik

Lingkungan menjadi faktor yang signifikan terhadap kondisi kesehatan keluarga. Kebersihan lingkungan berupa air bersih, sanitasi, pembuangan sampah, kualitas udara maupun kebersihan di sekitar pemukiman merupakan faktor penting dalam level preventif yang dapat dilakukan untuk mengurangi masalah atau gangguan penyakit menular dan kronis.

2. Fasilitas Kesehatan di Komunitas

Tersedianya akses fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau dapat mempengaruhi status atau level kesehatan keluarga. Fasilitas kesehatan dapat berupa puskesmas, posyandu, klinik, apotik, maupun rumah sakit. Semakin mudah akses fasilitas pelayanan kesehatan maka akan semakin mudah bagi keluarga untuk dapat mendeteksi, mencegah, mengobati bahkan merehabilitasi masalah kesehatan yang ditemui.

3. Keadaan Sosial dan Ekonomi Komunitas

Kondisi sosial dan ekonomi berupa penghasilan, pola konsumtif, daya beli maupun stabilitas pekerjaan dapat mempengaruhi status sehat keluarga. Tidak dipungkiri, sosial ekonomi yang tinggi berdampak secara langsung terhadap kemampuan keluarga dalam mencapai derajat kesehatan yang maksimal baik dalam memenuhi standar gizi, akomodasi perumahan, pendidikan maupun akses dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

4. Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Komunitas

Pendidikan dan pengetahuan memiliki kontribusi yang besar dalam meningkatkan kesehatan keluarga. Semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan di komunitas maka akan semakin tinggi pula kemampuan keluarga dalam melakukan 5 tugas keluarga dibidang kesehatan, mulai dari kemampuan mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga, merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan memodifikasi lingkungan yang sehat maupun memanfaatkan fungsi fasilitas kesehatan secara maksimal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan menjadi faktor prediktor dari keberhasilan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat.

5. Nilai, Norma Sosial dan Budaya

Budaya dan nilai sosial yang dianut dapat mempengaruhi keyakinan komunitas dalam menerapkan perilaku kesehatan. Keyakinan ini tentunya dapat bersifat mendukung atau sebaliknya menjadi hambatan dalam mencapai status

kesehatan komunitas optimal. Contohnya kepercayaan terhadap pengobatan alternatif, adanya mitos terkait kesehatan tentang cara merawat anggota keluarga yang sakit dan lain sebagainya.

6. Dukungan Sosial dari Komunitas

Adanya dukungan yang diperoleh oleh komunitas baik dari tokoh Masyarakat, tokoh agama, masyarakat dan pemerintah setempat diharapkan dapat mendukung keluarga baik secara emosional, pengetahuan maupun material. Semakin tinggi dukungan sosial yang diberikan maka semakin tinggi peluang keluarga untuk dapat mengatasi hambatan dan kendala saat proses pemenuhan kebutuhan keluarga berlangsung.

7. Kebijakan dan Program Kesehatan di Komunitas

Tersedianya regulasi, kebijakan dan program kesehatan di komunitas diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan komunitas. Kebijakan terkait lingkungan dan kesehatan menjadi faktor eksternal yang penting dan mengikat sehingga dapat membantu komunitas untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Adapun beberapa contoh program yang telah dilakukan antara lain posyandu, program PHBS atau PIS-PK.

E. Prinsip Komunitas dalam Keperawatan Keluarga

Prinsip merupakan landasan yang dapat dijadikan pedoman dalam berpikir, bersikap dan berperilaku. Menurut (Widagdo, 2016) dalam (Saputra, Andre, 2024), beberapa prinsip komunitas dalam penerapan asuhan keperawatan keluarga antara lain:

1. Insiden atau prevalensi tinggi;
2. Risiko kematian tinggi;
3. Partisipasi komunitas dalam menyelesaikan masalah;
4. Prioritas tindakan promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan kuratif dan rehabilitatif;
5. Beban dan tanggung jawab oleh pemerintah lebih besar daripada swasta atau masyarakat secara mandiri;
6. Nilai efektivitas dan efisiensi tinggi

Sedangkan berdasarkan (Kementerian Kesehatan, 2021) dalam Profil Kesehatan Indonesia telah dijelaskan prinsip dasar komunitas yang memiliki kaitan yang erat dalam proses implementasi asuhan keperawatan keluarga antara lain:

1. Prioritas pada tindakan promotif dan preventif

Implementasi keperawatan difokuskan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit melalui kegiatan promosi kesehatan, deteksi awal penyakit, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan edukasi kesehatan

keluarga lainnya pada setiap anggota keluarga yang merupakan bagian dari agregat di komunitas.

2. Keluarga sebagai klien di komunitas

Proses pembentukan perilaku kesehatan dan program intervensi keperawatan dipusatkan pada keluarga sebagai unit terkecil di Masyarakat sehingga keterlibatan penuh seluruh anggota keluarga harus diutamakan.

3. Peran serta keluarga dan Masyarakat

Partisipasi dan keaktifan keluarga serta dukungan komunitas dalam merencanakan dan menjalankan intervensi keperawatan keluarga menjadi salah satu kunci dari kesuksesan program kesehatan.

4. Adil dan Merata

Pemberian asuhan keperawatan keluarga dan akses layanan kesehatan yang merata dan adil merupakan hak dari setiap keluarga, termasuk kelompok rentan dari setiap agregat yang ada di komunitas.

5. Kolaborasi lintas profesi

Upaya peningkatan kesehatan keluarga tidak hanya menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan dan keluarga saja, tetapi keterlibatan dan kerja sama lintas sektoral dan profesi dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi yang efektif untuk meningkatkan keberhasilan dari suatu program. Keterlibatan dari pemerintah desa, kader, tenaga kesehatan dan keluarga diharapkan dapat mendukung ketercapaian implementasi program yang memuaskan.

6. Holistik dan Kontinuitas

Asuhan keperawatan keluarga yang diberikan harus bersifat komprehensif dan holistik meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual. Selain itu penting untuk menyusun rencana tindak lanjut setelah proses evaluasi keperawatan dilakukan. Kesenambungan dari asuhan keperawatan yang adekuat disesuaikan dengan kebutuhan keluarga.

Menurut (Setiadi, 2019), prinsip dasar dari kesehatan komunitas adalah sebagai berikut:

1. Keluarga merupakan klien dan *partner* sehingga proses asuhan keperawatan yang dilakukan berorientasi pada keluarga;
2. Intervensi mengacu pada masalah kesehatan yang timbul di komunitas dan pencegahan diprioritaskan pada komunitas;
3. Pemberdayaan keluarga dan komunitas dalam proses pemeliharaan kesehatan sendiri merupakan prioritas tujuan dari asuhan keperawatan keluarga;
4. Asuhan keperawatan dan program kesehatan yang dilakukan sistematis dan terstruktur;
5. Peningkatan kerjasama dengan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya.

F. Implikasi Komunitas dalam Praktik Keperawatan Keluarga

Secara umum implikasi merupakan konsekuensi, dampak logis yang muncul dari suatu hal (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2021). Implikasi komunitas dalam keperawatan keluarga didefinisikan sebagai keberadaan komunitas dalam ruang lingkup sosial, budaya, ekonomi dan fasilitas kesehatan yang berpengaruh terhadap peran, strategi, dan tindakan perawat keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan (Sinthania et al., 2022).

Komunitas merupakan tempat tinggal dari keluarga yang dapat memberikan implikasi komunitas secara langsung terhadap praktik keperawatan keluarga meliputi:

1. Keluarga merupakan bagian dari komunitas

- a. Perilaku kesehatan keluarga dipengaruhi oleh situasi sosial, budaya, lingkungan dan ekonomi keluarga;
- b. Intervensi tepat sasaran dapat tercapai apabila perawat keluarga mengerti dan memahami ciri dan karakteristik dari komunitas setempat

2. Perawat keluarga berperan sebagai fasilitator keluarga dengan komunitas

Perawat keluarga penting untuk berkolaborasi dengan lintas sektoral untuk membangun konektivitas antara institusi pemerintah, tokoh masyarakat, kader kesehatan maupun dengan keluarga itu sendiri.

3. Aplikasi tindakan dengan prinsip promotif dan preventif yang berbasis komunitas

Implementasi dari proses asuhan keperawatan keluarga mengacu pada upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemberdayaan masyarakat dengan memanfaatkan secara maksimal potensi yang dimiliki komunitas melalui edukasi, dukungan kesehatan dan penyuluhan. Kegiatan berbasis komunitas didefinisikan sebagai upaya yang dilakukan dengan mengoptimalkan keterlibatan komunitas dalam mengelola setiap kegiatan sesuai dengan masalah atau gangguan kesehatan yang dialami atau disesuaikan dengan tumbuh kembang dari setiap agregat komunitas (anggota keluarga)

4. Peningkatan kemandirian keluarga melalui pemberdayaan komunitas

Pemberdayaan keluarga merupakan tujuan akhir dalam keperawatan keluarga. Hal ini tentunya membutuhkan dukungan komunitas setempat melalui karang taruna atau organisasi lainnya, sehingga kemandirian keluarga dalam menjalankan tugas keluarga di bidang kesehatan dapat terlaksana dengan baik.

5. Kerjasama lintas profesi dalam melakukan pelayanan kesehatan keluarga

Kesejahteraan keluarga didukung oleh peran koordinatif perawat dalam melakukan kolaborasi dengan lintas profesi meliputi tenaga kesehatan lainnya,

pemerintah setempat, sekolah, tokoh agama dan komunitas serta organisasi masyarakat lainnya.

6. Peran perawat sebagai advokat kesehatan keluarga dalam komunitas

Perawat membantu keluarga memperoleh hak atas pelayanan kesehatan yang adil, merata dan sesuai kebutuhan termasuk kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan, lingkungan maupun program pemberdayaan komunitas.

(Setiadi, 2019)

Implikasi penting komunitas dalam praktik keperawatan keluarga lainnya oleh (Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, 2010), memandang bahwa keluarga merupakan bagian dari sistem komunitas meliputi:

1. Keluarga di pengaruhi oleh kondisi komunitas

Intervensi yang dilakukan perawat keluarga tidak hanya berfokus pada individu atau anggota keluarga tetapi juga mempertimbangkan komunitas. Kesehatan keluarga sebagian besar dipengaruhi oleh faktor-faktor yang ada di komunitas meliputi nilai dan norma sosial, lingkungan, fasilitas kesehatan dan dukungan masyarakat.

2. Perawat merupakan fasilitator sumber daya komunitas

Dalam menjalankan perannya keluarga dibantu perawat dalam mengakses sumber daya komunitas meliputi layanan kesehatan primer, dukungan sosial, sarana dan prasarana peningkatan kesejahteraan keluarga maupun program pendidikan kesehatan.

3. Promosi kesehatan berbasis komunitas

Asuhan keperawatan keluarga mengutamakan pendekatan promotif dan preventif dengan memaksimalkan peran serta keluarga dan komunitas, misalnya promosi tentang *Healthy lifestyle*, pentingnya imunisasi dan ASI Eksklusif, program pencegahan *stunting* dan peningkatan status gizi anak periode emas maupun pencegahan penyakit menular dan bahaya merokok.

4. Kolaborasi interdisipliner dan lintas sektoral

Kerjasama dan kolaborasi antara perawat keluarga, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, intitusi pendidikan dalam komunitas diharapkan dapat memperluas cakupan dan efektivitas program kesehatan keluarga yang akan atau telah dijalankan.

5. Perawat sebagai advokat dalam komunitas

Perawat membantu keluarga dalam memperoleh hak terhadap akses pelayanan kesehatan maupun kebijakan publik.

Contoh implikasi komunitas dalam keperawatan keluarga:

1. Memberikan pendidikan kesehatan tentang PHBS melalui posyandu dan home visit akibat rendahnya perilaku keluarga untuk cuci tangan pakai sabun;
2. Melakukan advokasi kepada pemerintah desa untuk penyediaan sarana air bersih bagi keluarga di komunitas yang tidak memiliki akses air bersih;
3. Membuat program deteksi dini melalui PIS-PK di komunitas (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga) untuk memantau tekanan darah rutin dan promosi kesehatan tentang pola hidup sehat. Hal ini dilakukan karena ditemukan bahwa sebagian besar keluarga di Indonesia menderita Hipertensi dan memiliki faktor risiko terhadap penyakit tidak menular lainnya.

G. Latihan Soal

Pilihan Ganda:

1. Sekumpulan keluarga dalam masyarakat yang hidup bersama dalam suatu wilayah tertentu dan dapat mempengaruhi fasilitas serta akses pelayanan kesehatan keluarga dikenal dengan?
A. Komunitas
B. Keluarga
C. Individu
D. Kader
E. Tokoh masyarakat
2. Asuhan keperawatan keluarga yang diberikan meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual serta menyusun tindak lanjut setelah proses evaluasi keperawatan dilakukan untuk memastikan keberlanjutan asuhan keperawatan merupakan prinsip dasar komunitas?
A. Kolaborasi lintas sektoral
B. Pelayanan promotif dan preventif
C. Adil dan merata
D. Holistik dan berkesinambungan
E. Jujur dan bermanfaat
3. Air bersih, sanitasi, pembuangan sampah, kualitas udara maupun kebersihan di sekitar pemukiman merupakan salah satu faktor komunitas yang mempengaruhi kesehatan keluarga, dikenal dengan faktor?
A. Sosial budaya
B. Ekonomi

- C. Lingkungan fisik
 - D. Fasilitas kesehatan
 - E. Demografi
4. Berikut ini merupakan faktor yang mempengaruhi dinamika komunitas dalam konteks keperawatan keluarga adalah?
 - A. Homogenitas dari latar belakang komunitas
 - B. Prioritas kegiatan pada kuratif dan rehabilitatif
 - C. Kebijakan yang statis
 - D. Mekanisme coping mal-adaptif dalam menjawab tantangan
 - E. Jenis dan macam stressor yang timbul di komunitas
 5. Perawat mengakses layanan kesehatan primer, dukungan sosial, sarana dan prasarana peningkatan kesejahteraan keluarga maupun program pendidikan kesehatan merupakan pernyataan implikasi komunitas dalam konteks keperawatan keluarga dimana keluarga dipandang sebagai sistem komunitas yang dikenal dengan?
 - A. Kolaborator interdisipliner dan lintas sektoral
 - B. Fasilitator sumber daya komunitas
 - C. Advokator dalam komunitas
 - D. Edukator berbasis komunitas
 - E. Konselor keluarga di komunitas

Essay:

1. Jelaskan hubungan timbal balik antara komunitas dan keluarga sebagai bagian yang terintegrasi?
2. Sebutkan ciri dan karakteristik komunitas dalam perspektif keperawatan keluarga?
3. Jelaskan 2 fungsi komunitas dalam keperawatan keluarga?
4. Sebutkan 3 prinsip dasar komunitas dalam keperawatan keluarga?
5. Sebutkan implikasi komunitas dalam keperawatan keluarga dan berikan 2 contoh implikasi?

Kunci Jawaban

1. A. Komunitas
2. D. Holistik dan berkesinambungan
3. C. Lingkungan fisik

4. E. Jenis dan macam stressor yang timbul di komunitas
5. B. Fasilitator sumber daya komunitas

H. Rangkuman Materi

Komunitas dan keluarga merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan. Komunitas merupakan kumpulan individu atau keluarga yang memiliki kesamaan baik tempat tinggal, tujuan atau kepentingan. Keluarga adalah merupakan unit terkecil dari masyarakat atau komunitas yang memiliki pengaruh signifikan dalam proses pembentukan perilaku kesehatan anggota keluarga. Status kesehatan keluarga terbentuk atas pengaruh dari lingkungan, sosial, ekonomi, nilai, budaya dan moral setempat. Komunitas dalam konteks keperawatan keluarga memiliki beberapa prinsip meliputi: upaya promotif dan preventif, pemberdayaan keluarga dan masyarakat setempat, berkolaborasi serta bersifat holistik dalam pemberian asuhan keperawatan. Faktor komunitas yang mempengaruhi kesehatan keluarga antara lain lingkungan fisik, sosial ekonomi, pengetahuan dan pendidikan serta sarana dan prasarana yang disediakan di komunitas untuk meningkatkan kesehatan keluarga. Beberapa implikasi komunitas dalam konteks keperawatan keluarga antara lain kolaborasi lintas sektoral, pemberdayaan keluarga, promosi kesehatan keluarga dilaksanakan berbasis komunitas serta perawat sebagai advokat dalam memperjuangkan hak keluarga di komunitas.

I. Glosarium

PHBS: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Implikasi: Akibat yang muncul dari suatu tindakan, keputusan, atau peristiwa

Dinamika: Perubahan dan perkembangan yang terjadi secara terus-menerus dalam suatu sistem atau kelompok.

Promotif: Upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat atau keluarga dengan cara mendorong perilaku sehat dan menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan.

Preventif: Segala bentuk upaya untuk mencegah timbulnya penyakit atau masalah kesehatan sebelum terjadi, baik pada individu, keluarga, maupun komunitas.

Holistik: Pendekatan pelayanan kesehatan yang memperhatikan seluruh aspek manusia meliputi biologis/ fisik (kondisi tubuh, gejala, penyakit); psikologis/ mental (emosi, stres, kesehatan jiwa); sosial (hubungan keluarga, dukungan komunitas); dan spiritual (nilai, keyakinan, makna hidup).

J. Referensi

- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa. (2021). Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Edisi V. Kemdikbud.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). Family Nursing: Research, Theory, and Practice. 5th Edition. Pearson.
- IPKKI. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan (individu, keluarga, kelompok dan komunitas). Universitas Indonesia (UI-Press).
- Kementerian Kesehatan, R. (2021). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. Kementerian Kesehatan RI.
- Rahayu, D. Y. S., Anggraini, N., & K. (2022). Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga. Yayasan Kita Menulis.
- Sahar, J, Setiawan A, N. M. R. (2019). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Elsevier Singapore.
- Saputra, Andre, D. (2024). Buku Ajar Keperawatan Agregat Komunitas. PT Adab Indonesia.
- Setiadi. (2019). Konsep & Proses Keperawatan Keluarga. Graha Ilmu.
- Sinthania, D., Albyn, D. F., Prabarini, L. P., Munandar, A., Safitri, Y., Mangundap, M. E., Prasetyo, W. M. H., & Nainggolan, S. S. (2022). Ilmu Keperawatan Komunitas Dan Keluarga.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice (4th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Widagdo, W. (2016). Keperawatan Keluarga dan Komunitas Komprehensif. Kementerian Kesehatan RI.

BAB 3

KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

Tujuan Intruksional:

Mahasiswa mampu memahami, menjelaskan, dan menerapkan konsep dasar keperawatan keluarga dalam konteks pelayanan kesehatan sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, holistik, dan berfokus pada peningkatan kesehatan keluarga.

Capaian Pembelajaran:

- Mampu menjelaskan definisi keluarga
- Mampu menjelaskan tipe keluarga
- Mampu menjelaskan fungsi keluarga
- Mampu menjelaskan definisi keperawatan keluarga
- Mampu menjelaskan tujuan keperawatan keluarga
- Mampu menjelaskan prinsip keperawatan keluarga
- Mampu menjelaskan fungsi dan peran keluarga

Pendahuluan:

- Judul:
Keperawatan Keluarga dengan Topik Konsep Keperawatan Keluarga
- Pengantar Penulis:
Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat. Keluarga merupakan refleksi dari kondisi komunitas. Oleh karena itu, intervensi yang menysasar keluarga akan memberikan dampak pada kesehatan komunitas, dan sebaliknya perbaikan kesehatan komunitas akan meningkatkan kualitas hidup keluarga.
- Tujuan Buku:
 - a. Menjadi bahan ajar bagi mahasiswa keperawatan dan kesehatan
 - b. Menjadi referensi praktis bagi tenaga kesehatan dalam melakukan memahami konsep keluarga
- Sasaran Pembaca:
Buku ini ditujukan untuk mahasiswa keperawatan dan kesehatan, tenaga kesehatan di puskesmas serta praktisi kesehatan.

- Isi Buku:
Terdiri dari 4 sub bab utama:
 - c. Konsep keluarga
 - d. Tipe keluarga
 - e. Definisi dan tujuan keperawatan keluarga
 - f. Fungsi dan peran keluarga
- Metode Pembelajaran:
Buku ajar ini dirancang agar pembaca dapat belajar dengan lebih mudah dan menyenangkan melalui beberapa cara berikut:
 - a. Teks penjelasan Materi disajikan dengan bahasa yang sederhana namun tetap ilmiah, sehingga mudah dipahami dan diingat.
 - b. Ilustrasi visual Gambar, tabel, dan bagan disertakan untuk membantu memahami konsep yang sulit hanya dengan membaca teks.
 - c. Latihan dan studi kasus Setiap bab dilengkapi latihan atau pertanyaan reflektif agar pembaca bisa mengukur pemahaman dan mengaitkan teori dengan situasi nyata.
 - d. Ringkasan materi Disediakan poin-poin penting di akhir bab untuk memudahkan review cepat.
 - e. Sumber tambahan Daftar bacaan dan referensi diberikan agar pembaca bisa memperdalam pengetahuan dari literatur lain yang relevan dan terbaru.
- Pendekatan Pembelajaran:
Pendekatan atau metode pembelajaran yang digunakan adalah Pendekatan andragogi (pembelajaran orang dewasa) dengan menekankan pada pengalaman, refleksi, serta keterlibatan aktif peserta didik.
- Pedoman Penggunaan:
 - a. Baca sesuai urutan bab agar alur materi lebih mudah dipahami. Namun, jika sudah menguasai dasar, boleh langsung ke bab yang dibutuhkan.
 - b. Perhatikan tujuan pembelajaran di awal bab untuk mengetahui apa yang harus dicapai.
 - c. Gunakan tabel, gambar, dan bagan sebagai alat bantu untuk mengingat konsep penting.
 - d. Kerjakan latihan dan studi kasus di akhir bab. Diskusikan bersama teman atau kelompok agar pemahaman lebih mendalam.
 - e. Catat poin penting atau istilah kunci yang sering muncul untuk memudahkan saat belajar ulang.
 - f. Manfaatkan daftar referensi tambahan untuk mencari informasi lebih detail atau terbaru.

- g. Hubungkan teori dengan praktik, baik dalam kegiatan akademik, praktik klinik, maupun pengalaman sehari-hari.

Uraian Materi

A. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan kelompok yang terdiri dari satu atau lebih individu yang terikat hubungan darah, perkawinan, maupun adopsi. Anggota keluarga biasanya hidup bersama, namun bisa juga hidup terpisah tetapi tetap memperhatikan satu sama lain. Setiap anggota keluarga akan berinteraksi satu sama lain dan mempunyai masing-masing peran sosial yaitu suami, istri, anak, kakak, dan adik. Keluarga mempunyai tujuan untuk menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan social anggota (Suharti et al, 2024).

Berdasarkan definisi lain, keluarga dapat diartikan sebagai dua atau lebih individu yang hidup bersama dengan ikatan emosional, saling memiliki peran, serta kewajiban tertentu. Definisi ini menekankan bahwa keluarga bukan sekadar kumpulan individu, tetapi suatu sistem dengan keterikatan dan tanggung jawab yang saling melengkapi. Sejalan dengan hal tersebut, WHO atau *World Health Organization* (2022) mendefinisikan keluarga sebagai dua orang atau lebih yang tinggal dalam satu rumah tangga dengan ikatan darah, perkawinan, atau adopsi, dan bersama-sama memenuhi fungsi dasar keluarga.

Keluarga memiliki arti yang lebih luas dalam kesehatan karena keluarga dipandang sebagai faktor penting dalam status kesehatan individu. Penekanan terkait keluarga berperan penting dalam menjaga, melindungi, dan meningkatkan kesehatan anggotanya sudah banyak disampaikan terutama WHO yang menjadi organisasi kesehatan internasional, baik melalui perawatan sehari-hari, pemberian dukungan emosional, maupun pemanfaatan layanan kesehatan yang tersedia. Keluarga merupakan pusat perkembangan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, sehingga fungsi keluarga tidak hanya terbatas pada hubungan biologis tetapi juga meliputi fungsi edukatif, afektif, dan pemeliharaan kesehatan (Suharti dkk, 2024).

Keluarga juga berfungsi sebagai unit pertama yang membentuk kebiasaan dan perilaku sehat, misalnya dalam pola makan, kebersihan, serta gaya hidup sehari-hari. Peran keluarga dalam bidang kesehatan bersifat preventif sekaligus kuratif, karena keluarga tidak hanya membantu mencegah terjadinya masalah kesehatan tetapi juga mendukung proses penyembuhan ketika anggota mengalami sakit. Dengan demikian, keluarga dapat dipandang sebagai *agent of care* yang memiliki pengaruh besar terhadap kualitas hidup setiap individu di dalamnya.

Selain itu, keluarga juga menjadi lingkungan utama dalam pembentukan nilai, norma, dan sikap hidup. Pola pengasuhan orang tua, komunikasi antaranggota, serta dukungan sosial yang diberikan akan memengaruhi cara individu menghadapi

stres, membangun relasi sosial, hingga menentukan pilihan-pilihan kesehatan di masa depan. Keluarga yang harmonis, penuh perhatian, dan mampu mengelola konflik secara sehat, cenderung melahirkan anggota keluarga dengan kondisi fisik dan mental yang lebih baik. Sebaliknya, keluarga yang disfungsional dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan, baik berupa gangguan psikologis maupun penyakit fisik yang terkait dengan stres kronis.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, keluarga juga menjadi bagian penting bagi tenaga kesehatan. Misalnya, pada program imunisasi balita, keluarga berperan dalam memastikan anak mendapatkan imunisasi sesuai jadwal. Pada kasus penyakit kronis, keluarga berfungsi sebagai pendukung utama dalam manajemen pengobatan, memastikan keteraturan konsumsi obat, serta memberikan motivasi agar pasien tetap menjalani gaya hidup sehat. Oleh karena itu, dalam praktik keperawatan komunitas, keluarga selalu ditempatkan sebagai fokus intervensi, bukan hanya individu, karena intervensi kesehatan yang dilakukan melalui keluarga terbukti lebih efektif dan berkelanjutan.

B. Tipe Keluarga

Suharti et al (2024) menyebutkan secara umum pembagian tipe keluarga bisa dikelompokkan sebagai berikut:

1. Pengelompokan secara tradisional

Tipe keluarga dikelompokkan dalam 2 macam, yaitu:

a. Nuclear Family (Keluarga inti)

Nuclear family merupakan keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunan langsung atau adopsi ataupun keduanya.

b. Extended Family (Keluarga besar)

Extended family merupakan keluarga inti yang ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah seperti kakek, nenek, paman, dan bibi.

2. Pengelompokan secara modern

Pengelompokan keluarga secara modern dipengaruhi karena semakin berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualism. Berikut adalah tipe keluarga modern:

a. Tradisional Nuclear

Terdiri dari keluarga inti yaitu ayah, ibu dan anak yang tinggal dalam satu rumah yang ditetapkan oleh saksi-saksi legal dalam ikatan perkawinan yang mana salah satu atau keduanya bisa bekerja di luar rumah.

b. *Niddle Age/Aging Couple*

Suatu keluarga Dimana suami sebagai pencari uang dan istri berada di rumah atau keduanya bekerja sedangkan anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/menikah/meniti karir.

c. *Dyadic Nuclear*

Suatu keluarga yang mana suami istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satunya bekerja di luar rumah.

d. *Single Parent*

Keluarga yang hanya mempunyai satu orang tua karena perceraian atau kematian pasangan dan anaknya tinggal di rumah atau di luar rumah.

e. *Dual Carrier*

Keluarga dengan suami-istri yang keduanya orang karier tanpa memiliki anak.

f. *Three Generation*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi atau lebih yang tinggal di dalam satu rumah.

g. *Comunal*

Keluarga yang dalam satu rumah terdiri dari dua pasangan suami istri atau lebih berikut anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

h. *Cohibing Couple/Keluarga Kabitas/Cahabitation*

Keluarga dengan dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan perkawinan.

C. Fungsi Keluarga

Keluarga sebagai sebuah institusi sosial memegang peranan yang sangat mendasar dalam kehidupan manusia. Di dalamnya, keluarga tidak hanya berfungsi sebagai tempat tinggal atau wadah berkumpulnya individu, tetapi juga memiliki serangkaian fungsi penting yang menjadi penopang kelangsungan hidup dan kesejahteraan anggotanya. Fungsi-fungsi tersebut pada dasarnya dapat dibedakan menjadi fungsi pokok dan fungsi sosial. Fungsi pokok keluarga merupakan fungsi-fungsi dasar yang bersifat esensial dan tidak mudah digantikan oleh individu lain maupun institusi sosial lainnya. Hal ini karena fungsi pokok melekat secara langsung pada hakikat keberadaan keluarga itu sendiri dan menjadi fondasi dalam menjalankan peran sosialnya. Fungsi-fungsi pokok tersebut antara lain:

1. Fungsi biologis, yakni keluarga merupakan tempat lahirnya anak-anak. Fungsi ini merupakan dasar kelangsungan hidup manusia, Melalui fungsi ini, keluarga berperan penting dalam memastikan keberlangsungan generasi manusia. Tidak hanya sebatas melahirkan, tetapi keluarga juga bertanggung jawab dalam

memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, perlindungan, dan kesehatan yang menjadi fondasi kehidupan anak.

2. Fungsi afeksi, yakni hanya di dalam keluargalah terdapat suasana afeksi sebagai akibat hubungan cinta kasih yang menjadi dasar perkawinan. Suasana afektif ini terbentuk dari hubungan emosional yang erat antaranggota keluarga, yang biasanya berakar dari ikatan cinta kasih dalam perkawinan. Kehangatan emosional dalam keluarga menjadi dasar pembentukan rasa percaya diri, empati, serta keterampilan sosial anak untuk berhubungan dengan orang lain, dan
3. Fungsi sosialisasi, fungsi ini menunjuk peranan keluarga dalam membentuk kepribadian anak. Proses ini sangat penting dalam membentuk kepribadian anak sehingga mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial yang lebih luas. Dengan demikian, keluarga tidak hanya berperan sebagai tempat berlindung, tetapi juga sebagai wadah pendidikan informal yang membekali anak dengan keterampilan hidup, etika, serta identitas sosial yang kuat.

D. Definisi Keperawatan Keluarga

Proses pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan keluarga yang berada dalam lingkup praktik keperawatan. Asuhan keperawatan ini dapat ditujukan kepada keluarga sebagai konteks keluarga secara keseluruhan, keluarga sebagai suatu sistem, atau keluarga sebagai komponen masyarakat (Kaakinen & Hanson, 2015). Selain itu, Keperawatan keluarga juga diartikan sebagai sebuah pelayanan secara holistik di mana keluarga serta bagian-bagiannya menjadi pusat pelayanan yang tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi hingga evaluasi melibatkan seluruh anggota keluarga di dalamnya (Kholif & Widagdo, 2016).

Keperawatan keluarga memiliki aspek yang unik karena dalam proses pelayanan yang diberikan ditujukan kepada seluruh anggota keluarga sebagai suatu sistem yang saling mempengaruhi. Keperawatan keluarga ini dapat diberikan kepada semua bentuk keluarga dengan berbagai kondisi kesehatan serta kondisi lainnya, tempat pemberian layanan keperawatan keluarga. Praktik keperawatan keluarga ini sendiri menekankan pada keluarga yang berorientasi kesehatan mencakup perspektif holistik, sistemik dan interaksional dalam rangka meningkatkan kekuatan keluarga tersebut.

Praktik keperawatan keluarga memiliki karakteristik unik karena menekankan pada pemberdayaan keluarga. Dengan demikian perawat tidak hanya berperan sebagai penyedia layanan, tetapi juga sebagai fasilitator yang membantu keluarga mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, serta memanfaatkan sumber daya yang ada di sekitarnya. Melalui proses ini, keluarga diharapkan mampu meningkatkan kapasitasnya untuk merawat anggota yang sakit sekaligus menjaga

kesehatan anggota lainnya. Sebuah penelitian menunjukkan hal ini terkait peran asuhan keperawatan keluarga dalam mendukung ibu hamil dan menyusui. Hasil penelitian tersebut mengindikasikan bahwa intervensi berbasis keluarga mampu meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam memberikan ASI eksklusif (Ulfah, 2021). Sehingga pada akhirnya berdampak positif terhadap tumbuh kembang anak.

E. Tujuan Keperawatan Keluarga

Secara lebih spesifik, tujuan keperawatan keluarga mencakup tiga hal utama, yaitu mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, dan memberikan dukungan emosional dalam menghadapi berbagai tantangan kesehatan. Upaya promosi kesehatan diwujudkan melalui penyuluhan, edukasi, dan pendampingan agar keluarga memahami cara hidup sehat. Pencegahan penyakit dilakukan dengan deteksi dini, pemantauan kesehatan, serta pengendalian faktor risiko di lingkungan keluarga. Sementara itu, dukungan emosional diberikan agar anggota keluarga mampu beradaptasi dengan perubahan, baik saat menghadapi penyakit kronis, kondisi darurat, maupun situasi stres lainnya.

Keperawatan keluarga bertujuan memperkuat dukungan emosional dan psikososial antaranggota keluarga (Amperaningsih dan Sitanggang, 2024). Keluarga dapat berfungsi sebagai sumber utama dukungan yang mampu mengurangi stres, meningkatkan rasa percaya diri, dan memperbaiki kualitas hidup anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Dengan demikian, tujuan keperawatan keluarga dapat dipahami secara luas, yaitu tidak hanya mengobati penyakit, tetapi juga menciptakan keluarga yang mandiri, adaptif, dan resilien dalam menghadapi berbagai tantangan kesehatan.

Tujuan keperawatan keluarga meliputi 3 level pencegahan menurut (Friedman, Bowden and Jones, 2010) dalam (Susanto, 2022) terdiri dari:

1. Pencegahan Primer

Pencegahan ini meliputi upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit agar individu bebas dari penyakit atau cedera. Pencegahan primer dilakukan pada keluarga atau anggota keluarga yang sehat dan tidak ada gejala penyakit. Contoh tindakan pencegahan ini yaitu pemberian imunisasi dasar pada balita, penyuluhan kesehatan kepada keluarga mengenai pola hidup sehat, penyuluhan kesehatan tentang pola asuhan tumbuh kembang balita, dan lain-lain. Peran keluarga pada pencegahan primer yaitu keluarga sebagai support system dan membantu anggota keluarga untuk melaksanakan pola hidup sehat.

Pencegahan ini meliputi upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit agar individu bebas dari penyakit atau cedera. Pencegahan primer dilakukan pada keluarga atau anggota keluarga yang sehat dan tidak ada gejala penyakit. Contoh

tindakan pencegahan ini yaitu pemberian imunisasi dasar pada balita, penyuluhan kesehatan kepada keluarga mengenai pola hidup sehat, penyuluhan kesehatan tentang pola asupan dan tumbuh kembang balita, dan lain-lain. Peran keluarga pada pencegahan primer yaitu keluarga sebagai support system dan membantu anggota keluarga untuk melaksanakan pola hidup sehat.

Selain itu, pencegahan primer juga mencakup pembiasaan perilaku sehat sejak dini, seperti menjaga kebersihan diri dan lingkungan, melakukan aktivitas fisik secara teratur, serta menghindari kebiasaan yang berisiko seperti merokok atau konsumsi makanan tidak sehat. Upaya ini menjadi sangat penting karena dapat menurunkan beban penyakit dalam jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup keluarga secara menyeluruh. Dengan adanya keterlibatan aktif keluarga, pencegahan primer dapat berjalan lebih efektif karena perubahan perilaku sehat biasanya lebih mudah terbentuk dalam lingkungan yang mendukung.

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan ini meliputi kegiatan skrining atau deteksi dini, diagnosis dan terapi dilakukan pada keluarga atau anggota keluarga yang memiliki gejala penyakit. Peran perawat pada pencegahan sekunder yaitu melakukan skrining dan pengkajian terhadap anggota keluarga meliputi pemeriksaan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan laboratorium, merujuk anggota keluarga pada pelayanan kesehatan, penyuluhan kesehatan pada anggota keluarga untuk meningkatkan pemahaman mengenai manfaat pemeriksaan skrining/deteksi dini terhadap penyakit.

Pencegahan sekunder bertujuan untuk mencegah perkembangan penyakit menjadi lebih parah serta meminimalkan risiko komplikasi. Misalnya, pemeriksaan tekanan darah secara rutin dapat membantu mendeteksi hipertensi lebih awal sehingga dapat segera dikendalikan melalui perubahan gaya hidup atau pengobatan. Keluarga berperan penting dalam mendukung kepatuhan anggota terhadap pengobatan, mendorong pemeriksaan kesehatan berkala, serta memfasilitasi akses ke layanan kesehatan. Dengan keterlibatan keluarga, proses deteksi dini dapat lebih cepat dilakukan sehingga peluang keberhasilan pengobatan meningkat dan kualitas hidup anggota keluarga tetap terjaga.

3. Pencegahan Tersier

Pencegahan ini meliputi kegiatan pemulihan penyakit dan rehabilitasi dengan tujuan meminimalkan disabilitas klien dan mengembalikan atau memulihkan fungsi tubuh pada tingkat optimal yang dilakukan pada keluarga atau anggota keluarga pasca perawatan. Peran perawat pada pencegahan tersier adalah memberikan perawatan langsung, koordinator, manajer kasus, pendidik dan

konselor bagi klien/keluarga. Kebutuhan keluarga pada tahap rehabilitasi adalah dukungan dan penyuluhan mengenai perawatan mandiri dan perawatan yang bergantung pada orang lain.

Pencegahan tersier menekankan pada upaya meningkatkan kualitas hidup anggota keluarga yang sudah mengalami penyakit kronis atau kecacatan agar tetap dapat berfungsi secara maksimal dalam kehidupan sehari-hari. Contohnya, perawatan pada pasien pasca stroke yang mencakup latihan fisik, konseling psikologis, serta pendampingan keluarga untuk mendukung proses adaptasi. Pada tahap ini, keluarga berperan penting sebagai sumber dukungan emosional dan motivasi, sekaligus memastikan keberlanjutan perawatan di rumah. Dengan keterlibatan aktif keluarga, proses rehabilitasi tidak hanya membantu pasien pulih secara fisik, tetapi juga mengurangi beban psikologis dan sosial sehingga tercapai kemandirian dan peningkatan kesejahteraan.

F. Prinsip Keperawatan Keluarga

Prinsip-prinsip keperawatan keluarga adalah pedoman yang mendasari pelaksanaan layanan kesehatan berbasis keluarga untuk memastikan perawatan yang efektif, holistik, dan sesuai dengan kebutuhan unik setiap keluarga. Prinsip ini menekankan bahwa keluarga dipandang sebagai satu kesatuan sistem, sehingga setiap perubahan pada satu anggota akan memengaruhi keseimbangan seluruh keluarga. Oleh karena itu, keperawatan keluarga tidak hanya berfokus pada individu yang sakit, tetapi juga pada dinamika, fungsi, serta interaksi antaranggota keluarga. Salah satu prinsip utama adalah pendekatan holistik, di mana perawat memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual keluarga secara menyeluruh agar asuhan yang diberikan benar-benar sesuai dengan kebutuhan unik keluarga tersebut (Mursid dkk, 2023).

Prinsip lain yang tidak kalah penting adalah partisipasi aktif keluarga dalam setiap tahap proses keperawatan, mulai dari pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi. Dengan melibatkan keluarga, diharapkan tercipta rasa memiliki dan tanggung jawab bersama terhadap kesehatan anggota keluarga. Selain itu, keperawatan keluarga juga berlandaskan pada prinsip pemberdayaan, yaitu membantu keluarga mengenali masalah kesehatan, meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan, serta mengoptimalkan sumber daya yang tersedia untuk mencapai kemandirian.

Prinsip keperawatan keluarga adalah pedoman yang digunakan perawat saat memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga. Prinsip ini membantu perawat agar asuhan yang diberikan tidak hanya berfokus pada satu orang saja, tetapi melihat keluarga sebagai satu kesatuan yang saling memengaruhi. Dengan

berpegang pada prinsip ini, perawat dapat membantu keluarga menjaga kesehatan, mencegah penyakit, dan merawat anggota yang sakit secara lebih terarah. Selain itu, prinsip keperawatan keluarga juga menekankan pentingnya melibatkan seluruh anggota keluarga dalam proses perawatan, memaksimalkan sumber daya yang ada, serta mengutamakan kegiatan promotif dan preventif tanpa melupakan tindakan kuratif dan rehabilitatif. Melalui pedoman ini, perawat diharapkan mampu mendukung keluarga agar lebih mandiri dan siap menghadapi berbagai masalah kesehatan.

1. Keluarga sebagai unit atau satu kesatuan dalam pelayanan kesehatan
2. Dalam memberikan asuhan perawatan kesehatan keluarga, sehat sebagai tujuan utama
3. Asuhan keperawatan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga
4. Dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, perawat melibatkan peran serta keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya
5. Lebih mengutamakan kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif
6. Dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga memanfaatkan sumber daya keluarga semaksimal mungkin untuk kepentingan kesehatan keluarga
7. Sasaran asuhan perawatan kesehatan keluarga adalah keluarga secara keseluruhan
8. Pendekatan yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga adalah pendekatan pemecahan masalah dengan menggunakan proses keperawatan
9. Kegiatan utama dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga adalah penyuluhan kesehatan dan asuhan perawatan kesehatan dasar/perawatan di rumah
10. Diutamakan terhadap keluarga yang termasuk resiko tinggi.

G. Peran dan Fungsi Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang memiliki peranan penting dalam perkembangan dan kesehatan anggotanya. Sebagai lingkungan pertama, keluarga tidak hanya berfungsi menyediakan kebutuhan fisik, tetapi juga menjadi sumber dukungan emosional, sosial, dan spiritual. Dalam konteks kesehatan, fungsi keluarga mencakup kemampuan merawat anggota yang sakit, menjaga keseimbangan psikologis, serta membantu proses adaptasi terhadap perubahan kondisi kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa peran dan fungsi keluarga yang baik berkorelasi

positif dengan kualitas hidup dan kesehatan anggota keluarga. Penelitian (Saraswati dkk, 2023) menemukan bahwa fungsi perawatan kesehatan keluarga berhubungan signifikan dengan kualitas hidup lansia, menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki dampak langsung terhadap kesejahteraan. Oleh karena itu, pemahaman mengenai peran dan fungsi keluarga menjadi dasar penting dalam praktik keperawatan keluarga untuk memastikan asuhan yang holistik dan komprehensif. Friedman membagi fungsi keluarga menjadi lima yaitu:

1. Fungsi Afektif

Fungsi afektif (The Affective Function) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

2. Fungsi sosialisasi

Yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

3. Fungsi reproduksi (The Reproduction Function)

Adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4. Fungsi ekonomi (The Economic Function)

Yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (The Health Care Function)

Adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

Menurut Friedman (2010) peran keluarga dapat diklasifikasi menjadi dua kategori, yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga. Peran informal bersifat tidak tampak dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional keluarga dan memelihara keseimbangan keluarga. Berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah:

1. Peran formal

Peran parental dan pernikahan, diidentifikasi menjadi delapan peran yaitu peran sebagai provider (penyedia), peran sebagai pengatur rumah tangga, peran perawatan anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi, peran persaudaraan (kindship), peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif), dan peran seksual.

2. Peran informal

Terdapat berbagai peran informal yaitu peran pendorong, pengharmonis, insiator-kontributor, pendamai, pioner keluarga, penghibur, pengasuh keluarga, dan perantara keluarga.

H. Latihan Soal

Pilihan Ganda

1. Berikut ini yang termasuk fungsi afektif keluarga adalah...
 - A. Menyediakan makanan bergizi
 - B. Memberikan kasih sayang, rasa aman, dan dukungan emosional
 - C. Mengatur peran dalam keluarga
 - D. Memberikan pendidikan formal pada anak
2. Seorang perawat melakukan pengkajian keluarga dengan menanyakan bagaimana keluarga mengambil keputusan bersama. Hal ini termasuk pengkajian pada aspek...
 - A. Struktur keluarga
 - B. Fungsi keluarga
 - C. Peran keluarga
 - D. Kohesi keluarga
 - E. Definisi keluarga
3. Seorang ibu membawa anaknya ke posyandu. Perawat kemudian memberikan edukasi kepada ibu tentang gizi seimbang. Peran keluarga yang paling ditonjolkan dalam kasus ini adalah...
 - A. Peran afektif
 - B. Peran pemeliharaan kesehatan
 - C. Peran sosialisasi
 - D. Peran ekonomi
 - E. Peran komunikasi
4. Tujuan utama dari asuhan keperawatan keluarga adalah...
 - A. Menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan
 - B. Membantu keluarga mencapai kemandirian dalam memelihara kesehatan
 - C. Mengganti peran keluarga dalam merawat anggota yang sakit
 - D. Menjamin seluruh anggota keluarga bebas dari penyakit

5. Dalam kerangka Friedman, fungsi keluarga yang berkaitan dengan pemberian kasih sayang, dukungan emosional, dan pemeliharaan identitas disebut fungsi...
- A. Afektif
 - B. Sosialisasi
 - C. Ekonomi
 - D. Reproduksi
 - E. Perawatan

Soal Essay

1. Sebutkan lima fungsi utama keluarga dalam menjaga kesehatan menurut teori keperawatan keluarga!
2. Jelaskan peran perawat pada pencegahan sekunder!
3. Jelaskan prinsip-prinsip dasar keperawatan keluarga yang harus diperhatikan perawat ketika memberikan asuhan!
4. Jelaskan tujuan utama dari asuhan keperawatan keluarga!
5. Sebutkan contoh peran informal!

Kunci Jawaban

Pilihan Ganda

1. B
2. B
3. B
4. B
5. A

Esai

1. **Kunci jawaban:** fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan
2. **Kunci jawaban:** Peran perawat pada pencegahan sekunder yaitu melakukan skrining dan pengkajian terhadap anggota keluarga meliputi pemeriksaan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan laboratorium, merujuk anggota keluarga pada pelayanan kesehatan, penyuluhan kesehatan pada anggota keluarga untuk meningkatkan pemahaman mengenai manfaat pemeriksaan skrining/deteksi dini terhadap penyakit.
3. **Kunci jawaban:** menekankan bahwa keluarga dipandang sebagai satu kesatuan sistem, sehingga setiap perubahan pada satu anggota akan memengaruhi keseimbangan seluruh keluarga, partisipasi aktif keluarga dalam setiap tahap

proses keperawatan, mulai dari pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi

4. **Kunci jawaban:** meningkatkan kualitas hidup keluarga melalui promosi kesehatan, pencegahan penyakit, serta pemberian dukungan emosional dan sosial.
5. **Kunci jawaban:** peran pendorong, pengharmonis, insiator-kontributor, pendamai, pioner keluarga, penghibur, pengasuh keluarga, dan perantara keluarga.

I. Rangkuman Materi

Rangkuman materi keperawatan keluarga menekankan bahwa keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih dengan ikatan darah, perkawinan, atau adopsi, yang memiliki peran serta kewajiban untuk menjaga keberlangsungan hidup dan kesejahteraan anggotanya. Bentuk keluarga dapat beragam, mulai dari keluarga inti, keluarga besar, keluarga tunggal, hingga keluarga tanpa anak, dan masing-masing memiliki tantangan berbeda dalam menjalankan fungsinya. Fungsi keluarga terbagi menjadi fungsi pokok, seperti fungsi biologis, afeksi, dan sosialisasi, serta fungsi sosial, seperti fungsi ekonomi, perlindungan, pendidikan, religi, dan rekreasi. Semua fungsi ini penting untuk perkembangan fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual anggota keluarga.

Keperawatan keluarga didefinisikan sebagai pelayanan kesehatan yang menempatkan keluarga sebagai pusat perhatian, dengan pendekatan holistik melalui pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang melibatkan seluruh anggota keluarga. Tujuan utama keperawatan keluarga adalah meningkatkan kualitas hidup keluarga melalui promosi kesehatan, pencegahan penyakit, serta pemberian dukungan emosional dan sosial. Prinsip keperawatan keluarga menekankan bahwa keluarga harus dipandang sebagai satu kesatuan, dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan, dan didorong untuk berpartisipasi aktif dalam menjaga kesehatan. Upaya yang dilakukan lebih menekankan pada promotif dan preventif, meskipun aspek kuratif dan rehabilitatif tetap diperhatikan.

Dalam perannya, keluarga bertindak sebagai penyedia kebutuhan fisik, pemberi dukungan emosional, pengambil keputusan, serta fasilitator dalam pemanfaatan layanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut, keperawatan keluarga melibatkan tiga tingkat pencegahan, yaitu pencegahan primer berupa promosi kesehatan dan imunisasi, pencegahan sekunder berupa deteksi dini dan pengobatan cepat, serta pencegahan tersier berupa rehabilitasi dan perawatan jangka panjang agar anggota keluarga tetap dapat hidup produktif.

J. Glosarium

Keluarga: unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih dengan ikatan darah, perkawinan, atau adopsi, yang hidup bersama atau terpisah tetapi tetap saling memperhatikan.

Nuclear Family (Keluarga inti): keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak, baik dari keturunan langsung maupun adopsi.

Extended Family (Keluarga besar): keluarga inti yang diperluas dengan anggota lain yang masih memiliki hubungan darah, seperti kakek, nenek, paman, atau bibi.

Single Parent: keluarga yang hanya memiliki satu orang tua karena perceraian, kematian pasangan, atau kondisi lain.

Dyadic Nuclear: keluarga yang terdiri dari pasangan suami istri tanpa anak, baik karena pilihan maupun kondisi tertentu.

Cohabiting Couple (Keluarga Kabitas): pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan resmi.

Fungsi biologis: peran keluarga dalam melahirkan, membesarkan, dan melanjutkan keturunan.

Fungsi afektif: fungsi keluarga dalam memberikan kasih sayang, rasa aman, dan dukungan emosional.

Fungsi sosialisasi: peran keluarga dalam membentuk kepribadian anak melalui interaksi, nilai, norma, dan budaya.

Fungsi ekonomi: fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarga melalui aktivitas ekonomi dan pengelolaan keuangan.

Fungsi reproduksi: fungsi keluarga dalam melanjutkan keturunan untuk menjaga keberlangsungan generasi.

Fungsi pemeliharaan kesehatan: kemampuan keluarga dalam menjaga, merawat, dan meningkatkan kesehatan anggota keluarga.

Keperawatan keluarga: bidang praktik keperawatan yang fokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan keluarga secara holistik dan melibatkan seluruh anggota keluarga.

Promotif: upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan, misalnya melalui pendidikan kesehatan.

Preventif: upaya pencegahan penyakit atau masalah kesehatan melalui deteksi dini dan skrining.

Kuratif: upaya pengobatan untuk memulihkan kesehatan anggota keluarga yang sakit.

Rehabilitatif: upaya pemulihan fungsi tubuh setelah sakit atau cedera agar individu dapat beradaptasi kembali dalam kehidupan sehari-hari.

Pencegahan primer: upaya mencegah timbulnya penyakit, misalnya dengan imunisasi dan penyuluhan kesehatan.

Pencegahan sekunder: upaya mendeteksi dan menangani penyakit sejak dini, misalnya melalui pemeriksaan kesehatan rutin.

Pencegahan tersier: upaya pemulihan dan rehabilitasi setelah sakit agar tidak terjadi disabilitas atau komplikasi.

Partisipasi keluarga: keterlibatan aktif keluarga dalam proses pengambilan keputusan, perawatan, dan pemeliharaan kesehatan.

Pemberdayaan keluarga: proses meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, serta menggunakan sumber daya yang ada.

Peran formal keluarga: peran yang secara jelas terlihat dalam struktur keluarga, seperti penyedia kebutuhan, pengatur rumah tangga, dan pengasuh anak.

Peran informal keluarga: peran yang tidak selalu terlihat namun penting untuk keharmonisan keluarga, seperti penghibur, pendamai, atau pemberi dukungan emosional.

K. Referensi

- Agustin, Windi., Wahid Abdul Kudus. (2023). Disfungsi Orang Tua dalam Pembentukan Pendidikan dan Kemandirian Anak di Lingkungan Cidunak Kota Cilegon. *Jurnal Ilmiah PGSD FKIP Universitas Mandiri*. 9(2):440-449
- Amperaningsih, Y., & Sitanggang, I. N. (2024). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lanjut Usia Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 5(2)
- Kaakinen, Joanna Rowe., et al. (2018). *Family Health Care Nursing (Theory, Practice, and Research*. Davis Company: Philadelphia
- Mursid, A., Erviana, E., Irwan, M., Indrawati, I., & Evidamayanti, E. (2023). Kebutuhan praktik keperawatan keluarga: Tinjauan literatur. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 8(2), 77–85.
- Saraswati, R., Ferianti, N. A., & Ernawati, E. (2023). Hubungan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 19(1)
- Suharti, Sri., Sorayati Dwi Utami., Puji Lestari. (2024). *Keperawatan Keluarga Teori dan Impelementasi*. Sonpedia: Jambi
- Tmamengka, Diandry., Billy Kepel., Sefti Rompas. (2019). Fungsi Afektif dan Perawatan Keluarga dengan Kepathuan Pengobatan TB Paru. *Jurnla Keperawatan*. 7(2):1-10
- Ulfah, M. (2021). Efektivitas Asuhan Keperawatan Keluarga Terhadap Peningkatan *Self Efficacy* Ibu Hamil dan Menyusui Dalam Pemberian ASI Eksklusif. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, 4(1), 8–16
- World Health Organization*. (2022). *Family health and development: Report of WHO Expert Committee*. WHO Press.

BAB 4

MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN KELUARGA

Tujuan Intruksional:

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu memahami pengertian, menjelaskan konsep dasar, serta mengaplikasikan **model keperawatan keluarga** (Friedman, CFAM, CFIM, dan Transcultural Nursing Leininger) sebagai dasar dalam praktik asuhan keperawatan keluarga.

Secara khusus, tujuan pembelajaran ini adalah agar mahasiswa mampu:

- Memahami pengertian, menjelaskan konsep dasar, dan mengaplikasikan Model Friedman dalam pengkajian keluarga.
- Memahami pengertian, menjelaskan komponen utama, serta mengaplikasikan Calgary Family Assessment Model (CFAM) dalam pengkajian struktur, fungsi, dan perkembangan keluarga.
- Memahami pengertian, menjelaskan konsep intervensi, serta mengaplikasikan Calgary Family Intervention Model (CFIM) dalam perencanaan intervensi keperawatan keluarga.
- Memahami pengertian, menjelaskan konsep dasar dan tujuan, serta mengaplikasikan Model Transcultural Nursing Leininger dalam asuhan keperawatan keluarga berbasis budaya.

Capaian Pembelajaran:

CPL Prodi yang di bebankan pada Mata Kuliah

CPL	Mampu memberikan asuhan keperawatan keluarga berdasarkan teori, model konseptual, dan evidence-based practice.
-----	--

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

CPMK	Mahasiswa mampu menerapkan model keperawatan keluarga dalam menganalisis kasus keperawatan keluarga.
------	--

Sub-CPMK

Mahasiswa mampu mengidentifikasi data kasus keluarga yang relevan sesuai dengan model keperawatan keluarga.
--

Mahasiswa mampu **menggunakan langkah-langkah model Friedman, CFAM, CFIM, atau Leininger** dalam menganalisis kasus.

Mahasiswa mampu **merumuskan masalah keperawatan keluarga** berdasarkan hasil analisis model.

Mahasiswa mampu **menyusun rencana intervensi keperawatan keluarga** yang sesuai dengan model yang dipilih.

Mahasiswa mampu **menyajikan hasil analisis kasus** secara sistematis menggunakan kerangka model keperawatan keluarga.

Tujuan Penulisan

Penulisan bahan ajar ini bertujuan untuk:

1. Menjelaskan konsep dasar dan pengertian model konseptual keperawatan keluarga.
2. Menguraikan prinsip, fokus, dan aplikasi dari Model Friedman, CFAM, CFIM, dan Transcultural Nursing Leininger.
3. Memberikan panduan bagi mahasiswa dalam menggunakan model konseptual sebagai kerangka berpikir dalam asuhan keperawatan keluarga.
4. Membekali mahasiswa agar mampu menganalisis kasus keperawatan keluarga secara holistik dengan mengintegrasikan fungsi, interaksi, serta aspek budaya, sosial, dan lingkungan keluarga.

Pendahuluan

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang memiliki peran penting dalam menjaga, memelihara, dan meningkatkan kesehatan anggotanya. Dalam praktik keperawatan, keluarga dipandang bukan hanya sebagai kumpulan individu, melainkan sebagai suatu sistem yang saling berinteraksi dan dipengaruhi oleh faktor internal maupun eksternal. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk memahami keluarga secara komprehensif melalui pendekatan model konseptual keperawatan.

Model konseptual keperawatan keluarga memberikan kerangka berpikir yang sistematis dalam melakukan pengkajian, analisis, intervensi, serta evaluasi terhadap masalah kesehatan keluarga. Melalui model ini, perawat dapat menentukan strategi asuhan yang lebih tepat, efektif, dan sesuai dengan nilai budaya serta dinamika keluarga.

Beberapa model yang banyak digunakan dalam keperawatan keluarga antara lain Model Friedman, Calgary Family Assessment Model (CFAM), Calgary Family Intervention Model (CFIM), dan Model Transcultural Nursing Leininger. Masing-masing

model memiliki fokus, kelebihan, serta pendekatan tersendiri dalam memahami dan memberikan intervensi keperawatan kepada keluarga.

Dengan memahami konsep dasar dan aplikasi model-model tersebut, mahasiswa keperawatan diharapkan mampu menerapkan teori ke dalam praktik nyata, sehingga asuhan keperawatan keluarga dapat diberikan secara holistik, berkesinambungan, dan berbasis evidence.

A. Model Friedman Family Assessment Model (FFAM)

1. Pengertian

Model Friedman Family Assessment Model (FFAM) yang dikembangkan oleh Marilyn Friedman pada tahun 1994 merupakan kerangka konseptual untuk menilai kesehatan keluarga secara komprehensif. Berlandaskan teori struktur dan fungsi, teori perkembangan, serta teori sistem, FFAM memandang keluarga sebagai sistem sosial yang dinamis, kompleks, dan terbuka. Model ini membantu perawat mengidentifikasi kekuatan dan tantangan keluarga melalui kajian terhadap struktur, fungsi, dinamika, strategi koping, serta interaksi keluarga dengan kesehatan.

2. Prinsip Dasar Model Friedman

Model Friedman berlandaskan sejumlah prinsip yang menjadi fondasi dalam memahami dinamika keluarga, antara lain:

- a. Keluarga sebagai sistem sosial terbuka, yang memiliki tuntutan dan fungsi spesifik dalam menjaga stabilitas serta kesejahteraan anggotanya.
- b. Keluarga sebagai kelompok kecil, yang tunduk pada karakteristik umum kelompok kecil lainnya, seperti norma, peran, dan pola komunikasi.
- c. Keluarga sebagai pelaksana fungsi penting, baik untuk anggota secara individual maupun masyarakat luas, seperti sosialisasi, perawatan, dan dukungan emosional.
- d. Keluarga sebagai wadah internalisasi nilai dan norma, di mana individu bertindak berdasarkan aturan dan nilai yang diperoleh melalui proses sosialisasi dalam lingkup keluarga.

3. Keluarga dan Respons terhadap Kesehatan dalam Model Friedman

Model Friedman menekankan bahwa hubungan antara kesehatan dan keluarga bersifat interaktif. Keluarga tidak hanya menjadi penerima dampak, tetapi juga berperan aktif dalam berbagai tahapan respons terhadap kondisi kesehatan anggotanya. Proses ini dapat dijelaskan dalam enam tahap utama:

- a. Tahap Promosi Kesehatan oleh Keluarga keluarga mendorong gaya hidup sehat dan menjaga status kesehatan semua anggotanya.
- b. Tahap Evaluasi Gejala keluarga mengenali dan menilai gejala yang muncul, serta menentukan signifikansi gejala tersebut.
- c. Tahap Pencarian Perawatan keluarga memutuskan waktu dan cara untuk mencari bantuan profesional atau memanfaatkan fasilitas kesehatan.

- d. Tahap Penerimaan Perawatan terjadi interaksi antara keluarga dengan tenaga kesehatan, termasuk keterlibatan dalam pengambilan keputusan dan tindakan perawatan.
- e. Tahap Respons Akut terhadap Penyakit keluarga memberikan reaksi emosional dan fungsional terhadap kondisi penyakit akut yang dialami salah satu anggotanya.
- f. Tahap Adaptasi terhadap Penyakit dan Pemulihan keluarga menyesuaikan peran dan dinamika untuk menghadapi kondisi kronis atau masa pemulihan, serta perubahan jangka panjang dalam struktur dan fungsi keluarga.

4. Pendekatan Penilaian dalam Model Friedman

Evaluasi keluarga dalam Model Friedman dilakukan melalui tiga pendekatan utama:

- a. Keluarga sebagai sistem utuh (unit holistik) menilai keluarga secara keseluruhan, termasuk struktur, interaksi, dan fungsi kolektif.
- b. Keluarga sebagai subsistem mengevaluasi hubungan antarindividu atau kelompok kecil dalam keluarga, misalnya relasi suami-istri atau orang tua-anak.
- c. Keluarga sebagai sistem dalam interaksi eksternal menilai bagaimana keluarga berhubungan dengan sistem sosial lainnya, seperti institusi pendidikan, fasilitas kesehatan, dan komunitas.

Melalui pendekatan yang komprehensif ini, model Friedman menjadi alat penting dalam praktik keperawatan keluarga, khususnya dalam pengkajian mendalam terhadap fungsi, struktur, dan dinamika keluarga yang memengaruhi status kesehatan anggota keluarga.

a. Struktur Keluarga dalam Konteks Keperawatan Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan pola organisasi internal dalam keluarga serta bagaimana setiap anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan berhubungan dengan sistem sosial eksternal, seperti komunitas, institusi pendidikan, atau layanan kesehatan. Struktur ini mencerminkan kerangka dasar yang menopang dinamika keluarga, dan sangat berperan dalam menentukan kemampuan keluarga dalam menjalankan fungsi-fungsi penting, seperti perawatan, sosialisasi, dan dukungan emosional.

Dalam perspektif keperawatan keluarga, struktur dan fungsi keluarga merupakan dua konsep yang tidak dapat dipisahkan dan saling memengaruhi secara langsung. Struktur yang sehat dan adaptif akan mendukung keberhasilan fungsi keluarga, sedangkan struktur yang kaku atau disfungsional dapat menghambat tercapainya kesejahteraan keluarga secara menyeluruh.

Dimensi Utama Struktur Keluarga

Struktur keluarga terdiri dari beberapa dimensi kunci yang saling berkaitan dan berkontribusi terhadap kestabilan serta efektivitas fungsi keluarga:

1) Peran dalam Sistem Keluarga

Mengacu pada pembagian tugas dan tanggung jawab dalam keluarga, serta bagaimana peran-peran tersebut dijalankan. Misalnya, siapa yang mengambil peran sebagai pengasuh utama, pencari nafkah, pengambil keputusan, atau mediator konflik. Peran ini dapat bersifat formal maupun informal, dan sering kali dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, budaya, serta kondisi kesehatan anggota keluarga.

2) Nilai-Nilai dalam Sistem

Mencakup seperangkat keyakinan, norma, dan prinsip yang dipegang bersama oleh anggota keluarga. Nilai-nilai ini membentuk landasan dalam pengambilan keputusan, pengaturan prioritas, dan cara keluarga merespons perubahan atau krisis. Contoh nilai keluarga antara lain: pentingnya pendidikan, solidaritas antaranggota, ketaatan terhadap norma agama, atau nilai kerja keras.

3) Jaringan Komunikasi

Merupakan pola pertukaran informasi dalam keluarga, termasuk saluran komunikasi, tingkat keterbukaan, serta keberadaan pusat kendali komunikasi. Kualitas komunikasi baik verbal maupun non-verbal berperan penting dalam memelihara hubungan yang sehat, mengelola konflik, dan menyampaikan kebutuhan atau perasaan antar anggota keluarga.

4) Dinamika Sistem Keluarga

Menggambarkan proses interaksi, distribusi kekuasaan, serta kemampuan keluarga dalam menghadapi perubahan. Dinamika ini mencerminkan bagaimana keluarga beradaptasi terhadap siklus hidup, kejadian tak terduga, atau tantangan eksternal seperti penyakit, kehilangan pekerjaan, atau perubahan peran dalam keluarga.

Pemahaman terhadap dimensi-dimensi ini memungkinkan perawat untuk melakukan pengkajian keluarga secara holistik, mengidentifikasi area kekuatan maupun kelemahan, dan merancang intervensi yang relevan untuk mendukung ketahanan serta kesejahteraan keluarga.

b. Fungsi-Fungsi Keluarga dalam Konteks Keperawatan Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial fundamental yang memiliki peran sentral dalam memenuhi berbagai kebutuhan dasar anggotanya serta menopang stabilitas masyarakat secara luas. Fungsi keluarga tidak hanya terbatas pada aspek biologis dan ekonomi, tetapi juga mencakup dimensi psikososial,

budaya, dan spiritual. Fungsi-fungsi ini saling berkaitan dan membentuk fondasi yang mendukung keberlangsungan dan ketahanan keluarga sebagai suatu sistem sosial yang dinamis.

Berikut ini merupakan fungsi-fungsi utama keluarga yang perlu dipahami dalam praktik keperawatan keluarga:

1) Fungsi Reproduksi, Pengasuhan, dan Pemeliharaan Kehidupan

Keluarga berperan sebagai tempat kelahiran dan pertumbuhan anak, yang mencakup pemenuhan kebutuhan dasar biologis, emosional, dan perlindungan. Melalui peran ini, keluarga menjamin keberlanjutan generasi dan pembentukan individu yang sehat secara fisik dan emosional.

2) Fungsi Sosialisasi

Sebagai agen sosialisasi pertama dan utama, keluarga berperan dalam menanamkan nilai-nilai moral, norma sosial, serta keterampilan hidup melalui pendidikan informal dan teladan perilaku. Proses ini penting dalam membentuk identitas dan integritas sosial anak.

3) Fungsi Dukungan Ekonomi

Keluarga menyediakan sumber daya finansial dan material untuk menjamin kelangsungan hidup anggotanya. Fungsi ini melibatkan kegiatan produktif, pengelolaan anggaran rumah tangga, dan distribusi peran ekonomi antaranggota keluarga.

4) Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga merupakan unit pertama dalam sistem perawatan kesehatan. Deteksi dini terhadap gangguan kesehatan, perawatan dasar di rumah, pengambilan keputusan tentang tindakan medis, serta dukungan terhadap proses penyembuhan merupakan bagian dari fungsi ini. Dalam konteks keperawatan, keluarga berperan sebagai mitra utama dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

5) Fungsi Pewarisan Budaya dan Kepercayaan Agama

Melalui praktik sehari-hari, cerita, ritual, dan simbol, keluarga mewariskan tradisi budaya, bahasa, serta sistem kepercayaan atau agama. Proses ini membantu anggota keluarga memahami identitas kultural dan spiritual mereka, serta memperkuat rasa kebersamaan dalam komunitas yang lebih luas.

6) Fungsi Emosional

Keluarga memberikan dukungan psikososial melalui hubungan yang penuh kasih sayang, rasa aman, kelekatan, dan empati. Fungsi ini penting untuk perkembangan mental dan kesejahteraan emosional setiap anggota

keluarga. Hubungan yang sehat dalam keluarga menjadi landasan dalam menghadapi stres, krisis, maupun perubahan peran hidup.

c. Tahap perkembangan keluarga

Friedman (2010; 2014) menyebut bahwa keluarga merupakan sistem sosial yang dinamis, sehingga setiap keluarga akan melalui tahapan perkembangan yang dipengaruhi oleh siklus kehidupan. Setiap tahap memiliki tugas perkembangan yang khas, yang apabila tidak terpenuhi dapat menimbulkan masalah kesehatan atau konflik dalam keluarga.

1) Tahap Awal Pembentukan Keluarga (pernikahan)

Masih terdapat dominasi unsur individualitas dari kedua pasangan. Pasangan muda sedang merumuskan tujuan pribadi, kemandirian ekonomi dan pekerjaan, serta identitas diri mereka, baik sebelum maupun dalam pernikahan.

Tugas perkembangan meliputi:

- a) Memisahkan diri dari keluarga asal,
- b) Mengembangkan hubungan intim dengan pasangan,
- c) Mempersiapkan kehidupan keluarga baru,
- d) Beradaptasi dalam kehidupan bersama,
- e) Membangun rutinitas sehari-hari sebagai pasangan.

2) Keluarga dengan Anak Usia Dini (anak tertua usia balita)

Peran baru muncul untuk ibu, ayah, anak, bahkan kakek dan nenek. Pola komunikasi pun berubah karena melibatkan anggota tambahan.

Tugas perkembangan meliputi:

- a) Menjaga stabilitas keluarga baru,
- b) Memenuhi kebutuhan semua anggota,
- c) Menjaga hubungan suami istri,
- d) Menjaga keseimbangan dengan keluarga besar (keluarga asal).

3) Keluarga dengan Anak Usia Pra-Sekolah (usia 2,5–5 tahun)

Struktur keluarga menjadi lebih kompleks dan menuntut, dengan peran baru sebagai ibu, ayah, kakak, atau adik. Anak mulai belajar mandiri.

Tugas perkembangan meliputi:

- a) Memenuhi kebutuhan ruang, privasi, dan keamanan,
- b) Meningkatkan sosialisasi anak,
- c) Menjaga keseimbangan peran dan hubungan dalam dan luar keluarga.

4) Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (usia 5–13 tahun)

Tahap yang menantang karena anak-anak mulai menunjukkan kepribadian, pendapat, aktivitas, dan minat mereka.

Tugas perkembangan meliputi:

- a) Sosialisasi anak secara sehat,
 - b) Mendorong prestasi akademik,
 - c) Mempertahankan hubungan suami istri,
 - d) Memenuhi kebutuhan semua anggota keluarga.
- 5) Keluarga dengan Anak Remaja
- Fokus keluarga adalah memberikan kebebasan yang bertanggung jawab kepada remaja dalam mempersiapkan mereka menjadi dewasa muda. Orang tua mulai kehilangan otoritas namun tidak sepenuhnya melepasnya. Tugas perkembangan meliputi:
- a) Menjaga keseimbangan antara kebebasan, otonomi, dan tanggung jawab,
 - b) Memfokuskan kembali hubungan suami istri yang seringkali sibuk,
 - c) Mendorong komunikasi terbuka antara orang tua dan anak,
 - d) Mengatasi konflik antar generasi.
- 6) Keluarga dengan Anak Dewasa yang Memulai Keluarga Sendiri
- Saat anak-anak meninggalkan rumah, peran keluarga bergeser dari pengasuhan menjadi kembali sebagai pasangan suami istri. Tugas perkembangan meliputi:
- a) Reorganisasi keluarga menjadi satuan baru,
 - b) Pembaruan dan redefinisi hubungan pasangan,
 - c) Adaptasi terhadap kekosongan sarang (empty nest).
- 7) Keluarga dengan anak-anak dewasa yang mulai membentuk keluarga sendiri.
- Dalam tahap ini, keluarga tidak lagi berfokus pada anak-anak sebagai pusat pengasuhan, melainkan kembali menjadi pasangan suami istri. Tugas perkembangan:
- a) Memperbarui hubungan pernikahan,
 - b) Mempersiapkan penerimaan anggota baru dalam keluarga (pasangan anak-anak, dan mungkin cucu),
 - c) Memberikan dukungan kepada orang tua lansia dari keluarga asal, yang umumnya sudah menghadapi masalah kesehatan dan proses penuaan.
- 8) Keluarga usia paruh baya (pasangan suami istri hingga menjelang pensiun).
- Tahap ini ditandai dengan interaksi intensif antara keluarga inti dengan Orang tua (yang semakin tua), dan Keluarga anak-anak mereka yang telah membentuk rumah tangga sendiri. Tugas perkembangan:
- a) Menjaga hubungan yang sehat dengan keluarga anak-anak dan orang tua lansia,

- b) Menjaga lingkungan yang mendukung kesehatan,
 - c) Memperkuat kembali hubungan pernikahan.
- 9) Keluarga usia lanjut (orang tua lanjut usia – keluarga lansia).
Tugas perkembangan:
- a) Menjaga lingkungan tempat tinggal yang aman,
 - b) Mempersiapkan diri dan menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan hidup,
 - c) Menjaga hubungan keluarga,
 - d) Mencari kegiatan atau minat bermakna meskipun penghasilan menurun dan mengalami berbagai tantangan kesehatan akibat usia.

5. Aplikasi dalam keperawatan

a. Kategori Asesmen Keluarga dalam Model Friedman

Model Friedman merupakan pendekatan sistemik yang komprehensif dalam melakukan pengkajian terhadap keluarga. Model ini memfasilitasi perawat untuk memahami dinamika, struktur, dan fungsi keluarga secara menyeluruh, serta bagaimana keluarga merespons tantangan kesehatan dan lingkungan yang dihadapinya. Dalam praktiknya, Model Friedman mengorganisasi asesmen keperawatan keluarga ke dalam enam kategori utama, yang sekaligus menjadi kerangka kerja wawancara dan pengumpulan data keperawatan.

1) Data Demografis

Kategori ini mencakup informasi dasar tentang karakteristik anggota keluarga, seperti:

- a) Usia, jenis kelamin, status perkawinan,
- b) Jumlah anggota keluarga dan struktur rumah tangga,
- c) Tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status ekonomi.

Data demografis memberikan gambaran umum tentang latar belakang sosial, ekonomi, dan budaya keluarga, serta menjadi dasar untuk merancang intervensi yang sesuai konteks kehidupan keluarga tersebut.

2) Tahap Perkembangan dan Riwayat Keluarga

Kategori ini mengevaluasi posisi keluarga dalam siklus hidup keluarga (family life cycle), seperti: Keluarga pasangan baru, keluarga dengan anak-anak, keluarga dengan remaja, keluarga lansia.

Asesmen juga mencakup peristiwa-peristiwa penting dalam riwayat keluarga (misalnya kelahiran, kematian, perceraian, migrasi, atau kehilangan pekerjaan) yang dapat berdampak terhadap fungsi keluarga. Pemahaman terhadap tahap perkembangan keluarga penting dalam mengidentifikasi tugas-tugas perkembangan yang harus diselesaikan dan potensi risiko ketidakseimbangan.

3) Data Lingkungan

Kategori ini menelaah kondisi lingkungan fisik dan sosial di mana keluarga hidup dan berinteraksi. Elemen yang dinilai antara lain:

- a) Karakteristik rumah (kebersihan, pencahayaan, ventilasi, keamanan),
- b) Kualitas lingkungan sekitar (tingkat kriminalitas, polusi, akses transportasi),
- c) Keterhubungan dengan komunitas (akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, tempat ibadah, dan dukungan sosial).

Lingkungan merupakan determinan penting dalam kesehatan keluarga dan seringkali menjadi sumber stres maupun sumber daya bagi keluarga.

4) Struktur Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan organisasi internal dan pola hubungan antaranggota keluarga, meliputi:

- a) Peran dan tanggung jawab masing-masing anggota,
- b) Nilai-nilai dan keyakinan bersama,
- c) Jaringan dan pola komunikasi (terbuka, tertutup, hierarkis),
- d) Dinamika kekuasaan dan pengambilan keputusan.

Struktur yang sehat mendukung fungsi keluarga yang optimal dan adaptasi terhadap perubahan, sedangkan ketidakseimbangan dalam struktur dapat menyebabkan disfungsi keluarga.

5) Fungsi-Fungsi Keluarga

Model Friedman mengidentifikasi tiga fungsi utama keluarga yang menjadi fokus asesmen keperawatan:

- a) Fungsi Afektif: Menilai bagaimana kasih sayang, kelekatan, dukungan emosional, dan keintiman diekspresikan dan dipertahankan dalam keluarga.
- b) Fungsi Sosialisasi: Mengkaji bagaimana keluarga membentuk nilai, norma, dan perilaku sosial anggota keluarga, terutama anak.
- c) Fungsi Perawatan Kesehatan: Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan, mengenali gejala penyakit, merawat anggota yang sakit, serta dalam mengakses dan memanfaatkan layanan kesehatan.

6) Stresor Keluarga dan Strategi Penanganannya

Kategori terakhir mengkaji bagaimana keluarga merespons peristiwa atau kondisi stres (misalnya: krisis ekonomi, penyakit kronis, konflik internal, atau bencana). Komponen yang dinilai antara lain:

- a) Identifikasi faktor stres (internal maupun eksternal),

- b) Stabilitas dan kekuatan keluarga dalam menghadapi stres,
 - c) Strategi koping yang digunakan, baik secara individu maupun kolektif,
 - d) Mekanisme adaptasi jangka pendek dan jangka panjang terhadap perubahan atau krisis.
- b. Struktur Format Pengkajian Model Friedman

1) Data Demografi

Data demografis merupakan informasi dasar yang penting untuk dikaji dalam proses asuhan keperawatan keluarga. Pengumpulan data ini memungkinkan perawat untuk memahami identitas, struktur, dan karakteristik setiap anggota keluarga secara menyeluruh. Data yang dikumpulkan meliputi:

- a) Nama lengkap (nama depan dan nama belakang) dari seluruh anggota keluarga
- b) Alamat tempat tinggal dan nomor telepon keluarga sebagai informasi kontak utama.
- c) Komposisi keluarga, yaitu siapa saja yang termasuk dalam keluarga tersebut, baik yang tinggal serumah maupun yang tidak tinggal bersama. Informasi tambahan juga perlu diperoleh terkait dengan tanggal lahir, tingkat pendidikan terakhir, dan jenis pekerjaan masing-masing anggota keluarga. Penggunaan genogram (peta silsilah keluarga) sangat disarankan sebagai alat bantu dalam mengorganisasi dan mendokumentasikan data ini secara sistematis dan visual. Data individual dapat dicatat dalam format tabel seperti yang ditunjukkan pada Tabel 1 dan dilengkapi melalui representasi genogram untuk menggambarkan hubungan antar anggota keluarga secara lebih komprehensif.

Tabel 4.1 Informasi tentang Komposisi Keluarga

Nama Lengkap	Tanggal Lahir	Hubungan dengan keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Tinggal serumah (Ya/Tdk)
--------------	---------------	--------------------------	------------	-----------	--------------------------

d) Latar Belakang Budaya (Kultural)

Latar belakang budaya merupakan aspek esensial dalam memahami dinamika keluarga, termasuk sistem nilai, keyakinan, serta pola perilaku yang membentuk fungsi keluarga sehari-hari. Dalam praktik keperawatan

keluarga, perbedaan latar belakang budaya antara perawat dan keluarga dapat menjadi sumber miskomunikasi, ketegangan interpersonal, bahkan penilaian yang keliru terhadap kondisi kesehatan dan kebutuhan klien.

Pemberian asuhan keperawatan yang efektif kepada keluarga dengan latar budaya yang berbeda sangat bergantung pada kepekaan budaya (cultural sensitivity) dan kompetensi budaya (cultural competence) dari perawat. Kedua kemampuan ini penting untuk menjamin bahwa intervensi keperawatan dilakukan secara tepat dan menghormati nilai-nilai budaya yang dianut oleh keluarga.

Aspek-aspek budaya yang perlu digali selama proses pengkajian antara lain:

- (1) Etnisitas atau kebangsaan dari orang tua atau anggota keluarga,
- (2) Bahasa yang digunakan di dalam dan di luar rumah,
- (3) Riwayat migrasi, baik dalam negeri maupun luar negeri, dari anggota keluarga,
- (4) Pengalaman diskriminasi atau stigma yang pernah dialami keluarga terkait latar belakang budaya mereka.

e) Identitas Keagamaan

Identitas dan keyakinan keagamaan sering kali menjadi landasan dalam menentukan persepsi keluarga terhadap kesehatan, penyakit, dan proses penyembuhan. Nilai-nilai religius dapat memengaruhi pengambilan keputusan medis, pembagian peran dalam keluarga, pelaksanaan ritual keagamaan, serta respons keluarga terhadap krisis atau stres.

Oleh karena itu, pemahaman terhadap sistem kepercayaan dan praktik religius keluarga menjadi penting dalam menyusun rencana asuhan keperawatan yang bersifat holistik dan kontekstual.

f) Kelas Sosial

Kelas sosial merujuk pada posisi individu atau keluarga dalam struktur sosial masyarakat, yang didasarkan pada faktor ekonomi seperti pendapatan, kekayaan, dan gaya hidup. Perbedaan kelas sosial dapat mencerminkan perbedaan dalam pola hidup, nilai-nilai, jaringan sosial, harapan, bahkan persepsi terhadap kesehatan dan layanan kesehatan.

Keluarga dari latar kelas sosial yang berbeda memiliki kebutuhan dan tantangan kesehatan yang juga berbeda. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk memahami konteks sosial ekonomi keluarga agar dapat merancang intervensi yang relevan dan realistis.

g) Jaringan Sosial

Jaringan sosial berperan besar dalam menentukan hasil kesehatan individu dan keluarga. Dukungan sosial yang memadai terbukti dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, mengurangi stres, serta memperkuat kapasitas koping keluarga dalam menghadapi tekanan hidup.

Penilaian terhadap jaringan sosial meliputi:

- (1) Ukuran jaringan sosial (berapa banyak individu atau kelompok yang terlibat),
- (2) Aksesibilitas dan frekuensi interaksi dengan anggota jaringan,
- (3) Stabilitas dan kualitas hubungan sosial.

Jaringan ini dapat mencakup:

- (1) Anggota keluarga besar, teman, tetangga, dan rekan kerja,
- (2) Jaringan komunitas, seperti organisasi keagamaan atau kelompok sosial lokal,
- (3) Jaringan profesional, seperti tenaga kesehatan,
- (4) Kelompok swadaya yang berbasis pengalaman bersama.

Untuk memvisualisasikan jaringan sosial ini, perawat dapat menggunakan alat bantu berupa ekokartografi keluarga (eco-map), yang menggambarkan hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya.

h) Aktivitas Rekreasi dan Waktu Luang

Aktivitas rekreasi merupakan kegiatan bersama yang dilakukan oleh anggota keluarga sebagai bentuk relaksasi, penguatan hubungan, dan pengembangan emosional. Waktu luang yang berkualitas tidak hanya memberikan kesenangan, tetapi juga memperkuat kohesi keluarga, membangun komunikasi yang positif, dan menciptakan momen kebersamaan yang bermakna.

Melalui partisipasi dalam aktivitas rekreasi, keluarga dapat:

- (1) Mengurangi ketegangan antar anggota,
- (2) Meningkatkan hubungan emosional dan kedekatan,
- (3) Menumbuhkan rasa saling percaya dan dukungan.

Bentuk-bentuk aktivitas ini dapat meliputi:

- (1) Kegiatan religius atau spiritual,
- (2) Kegiatan edukatif dan pengembangan diri,
- (3) Hiburan santai seperti menonton atau bermain bersama,
- (4) Perayaan budaya atau peringatan hari besar,
- (5) Liburan atau perjalanan keluarga.

2) Tahap Perkembangan dan Riwayat Keluarga

Pada kategori ini, penilaian difokuskan pada:

- a) Tahap perkembangan keluarga saat ini (tahap dalam siklus hidup keluarga).
- b) Tingkat pencapaian tugas-tugas perkembangan dan proses-proses yang terkait dengan tahap perkembangan tersebut.

Asesmen bertujuan untuk mengevaluasi apakah keluarga mampu menjalankan fungsi dan tanggung jawabnya secara sesuai dengan:

- (1) Tahap perkembangan dalam siklus hidup keluarga,
- (2) Jumlah anggota keluarga,
- (3) Kompleksitas relasi antaranggota,
- (4) Dampak keberadaan atau munculnya penyakit atau disabilitas pada salah satu anggota keluarga di tahap tersebut.

c) Riwayat Keluarga

Menelusuri sejarah keluarga sejak terbentuk hingga saat penilaian, termasuk:

- (1) Masalah kesehatan,
- (2) Pengelolaan penyakit,
- (3) Pengalaman seperti perceraian, pernikahan, kematian, kehilangan, dan sebagainya.

Beberapa informasi ini dapat digambarkan dalam genogram keluarga.

d) Riwayat Keluarga Asal dari Kedua Orang Tua Juga dianalisis:

- (1) Hubungan antara keluarga saat ini dengan keluarga asal masing-masing orang tua,
- (2) Interaksi antaranggota keluarga,
- (3) Pengaruh hubungan ini terhadap dinamika keluarga sekarang.

Tujuan dari intervensi yang dilakukan oleh perawat keluarga dalam kaitannya dengan tahap perkembangan keluarga adalah:

- a) Membantu keluarga dan masing-masing anggotanya untuk berkembang, serta
- b) Menyelesaikan tugas-tugas individu maupun tugas keluarga sesuai dengan tahap perkembangan yang sedang dijalani.

Selain itu, perawat keluarga juga bertujuan: Menjaga keseimbangan antara kebutuhan perkembangan pribadi masing-masing anggota keluarga dengan fungsionalitas keluarga secara keseluruhan. Pemanfaatan teori perkembangan keluarga serta intervensi dalam bentuk bimbingan dan pendidikan sangat berguna dalam mendukung pencapaian tujuan tersebut.

3) Data Lingkungan

Dalam kategori ini, dilakukan penilaian terhadap berbagai unsur lingkungan yang berkaitan dengan kondisi kehidupan keluarga, yaitu:

a) Karakteristik rumah.

Rumah merupakan bagian dari identitas keluarga. Rumah memiliki pengaruh terhadap kesehatan fisik (seperti kebersihan, perlindungan, pemanasan, pencahayaan) dan kesehatan mental anggota serta keluarga secara keseluruhan (seperti citra diri, kepuasan, pengurangan stres, kesehatan, dan rasa aman).

Aspek yang dinilai antara lain: privasi, keamanan, pemanas, ketersediaan air, kebersihan, dan sebagainya.

b) Karakteristik lingkungan sekitar dan komunitas yang lebih luas.

Lingkungan sekitar memiliki dampak langsung terhadap kesehatan fisik (misalnya kebisingan, lalu lintas, polusi) dan kesehatan mental (seperti tingkat kriminalitas, interaksi sosial, dan akses terhadap layanan kesehatan) dari anggota keluarga.

Kepuasan terhadap lingkungan tempat tinggal dan komunitas dikaitkan erat dengan kepuasan hidup secara umum.

c) Mobilitas geografis keluarga.

Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dan alasan perpindahan tempat tinggal keluarga, serta dampaknya terhadap stabilitas kehidupan keluarga dan dukungan sosialnya.

d) Hubungan dan interaksi keluarga dengan komunitas.

Keluarga diharapkan mampu menerima, mencari, dan mendapatkan dukungan yang tepat dari komunitas untuk memenuhi kebutuhan dasar, mengakses layanan, dan memperoleh informasi. Jika keluarga hanya menerima dukungan komunitas secara pasif, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya isolasi, keterasingan, atau ketergantungan. Diperlukan eksplorasi dan penilaian terhadap jaringan sosial yang mendukung keluarga.

Pertanyaan kunci untuk eksplorasi:

(1) Apakah keluarga menggunakan layanan komunitas?

(2) Untuk siapa layanan tersebut digunakan?

(3) Seberapa sering dan sejauh mana layanan dimanfaatkan?

(4) Apakah keluarga mengetahui sumber dukungan yang tersedia?

(5) Bagaimana perasaan mereka terhadap layanan tersebut?

(6) Bagaimana pandangan keluarga terhadap komunitas tempat tinggal mereka?

Tujuan dari intervensi perawat keluarga yang berkaitan dengan pengelolaan lingkungan adalah:

- (1) Meningkatkan keamanan baik di dalam maupun di luar rumah bagi seluruh anggota keluarga (misalnya pencegahan risiko jatuh, identifikasi faktor-faktor risiko, dan sebagainya).
- (2) Memfasilitasi akses keluarga terhadap layanan kesehatan dan membantu dalam pengambilan keputusan yang mendukung kesehatan (misalnya imunisasi, rujukan ke fasilitas kesehatan, dll).
- (3) Membantu keluarga dalam menjalani kehidupan sehari-hari secara optimal di lingkungan tempat tinggal mereka (misalnya dengan dukungan pengasuh, informasi, layanan kesehatan masyarakat, dan sumber daya pendukung dari komunitas).

Intervensi pencegahan sekunder dan tersier juga sangat relevan, seperti:

- (1) Deteksi dini penyakit,
- (2) Penyesuaian atau modifikasi rumah jika terdapat anggota keluarga dengan disabilitas.

4) Struktur Keluarga

Struktur keluarga mencakup komunikasi antar anggota, dinamika sistem, nilai-nilai, dan peran-peran. Dimensi-dimensi ini saling terhubung dan bergantung satu sama lain. Dalam kategori ini, hal-hal yang dinilai meliputi:

a) Pola Komunikasi

Sejauh mana komunikasi yang fungsional dan disfungsional terjadi dalam keluarga.

- (1) Tingkat pesan emosional dan bagaimana pesan tersebut diekspresikan.
- (2) Ciri komunikasi antara subsistem dalam keluarga.
- (3) Tingkat kesesuaian (konvergen) dan perbedaan (divergen) dalam pesan.
- (4) Jenis proses komunikasi disfungsional.
- (5) Topik atau wilayah yang terbuka dan tertutup dalam komunikasi (misalnya: pendidikan seksual, makna penyakit, ekspresi rasa sakit).
- (6) Faktor internal maupun eksternal yang memengaruhi komunikasi keluarga.

b) Pengaruh / Kekuasaan dalam Keluarga

Pengaruh atau kekuasaan adalah kemampuan (nyata atau potensial) seseorang untuk mengendalikan, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain. Menurut Friedman (1998), kekuatan/pengaruh dalam keluarga

adalah kemampuan anggota keluarga untuk mengubah perilaku anggota lainnya.

Poin evaluasi:

- (1) Hasil dari kekuasaan/pengaruh, yaitu siapa yang memegang kendali, siapa yang "memenangkan" keputusan.
- (2) Proses pengambilan keputusan adalah indikator kekuasaan dan pengaruh. Apakah keputusan dibuat melalui konsensus? Kompromi? Atau langsung diputuskan oleh satu pihak (*de facto*)?
- (3) Sumber kekuasaan/pengaruh, seperti: Kekuasaan hukum, Kekuasaan karena ketidakberdayaan, Kekuasaan referensi (misal: orang tua terhadap anak), dan Kekuasaan karena sumber daya, keahlian, hadiah, paksaan, informasi, emosi, dan pengelolaan.
- (4) Faktor yang memengaruhi kekuasaan/pengaruh keluarga, termasuk: Hirarki kekuasaan, Tipe keluarga (nuklir, orang tua tunggal, dll), Aliansi antar anggota keluarga, Jaringan komunikasi, Kelas sosial, Tahap perkembangan keluarga, Peristiwa tak terduga, Pengaruh etnis, agama, budaya, Variabel individu (usia, jenis kelamin, keterampilan), dan Interaksi emosional dan komitmen dalam pernikahan.
- (5) Kekuatan/pengaruh keseluruhan dalam sistem dan subsistem keluarga: apakah ada satu anggota yang dominan, apakah kekuasaan merata, atau tidak ada kepemimpinan sama sekali?

c) Struktur Peran

Peran merujuk pada pola perilaku yang lebih atau kurang seragam, yang didefinisikan dan diharapkan dari seseorang dalam suatu posisi tertentu. Peran berhubungan dengan harapan peran, yaitu apa yang diharapkan dilakukan oleh seseorang untuk memenuhi harapan dirinya sendiri maupun orang lain terhadap dirinya (Friedman, 1998).

Konsep terkait meliputi:

- (1) Perilaku yang muncul akibat peran,
- (2) Berbagi peran antara dua individu dengan posisi berbeda,
- (3) Stres akibat peran,
- (4) Konflik yang muncul karena seseorang memikul peran tertentu.
- (5) Peran formal: seperti juru masak, teknisi, tukang, pengelola keuangan, petugas kebersihan, sopir, dan sebagainya.
- (6) Peran informal: seperti pemberi semangat, penjaga keharmonisan, rekan kerja, mediator, penghambat, otoriter, pengkritik, pengikut, pencari perhatian, martir, pasangan, kambing hitam, pendamai, inovator, koordinator, perawat, pendukung emosional.

- (7) Analisis pola peran: misalnya, peran ibu dalam kesehatan dan saat sakit, peran pengasuh utama, perubahan peran selama proses perawatan atau rawat inap.
- (8) Faktor yang memengaruhi struktur peran: kelas sosial, struktur keluarga, latar belakang budaya dan etnis, tahap perkembangan keluarga, pola peran yang diwariskan, serta kejadian atau masalah kesehatan.
- (9) Ketika salah satu anggota keluarga mengalami penyakit kronis atau disabilitas, maka peran antar anggota akan berubah untuk menjaga keseimbangan dalam sistem keluarga.

d) Nilai-Nilai Keluarga

Nilai dan pandangan dalam keluarga memengaruhi perilaku, hubungan antar anggota, dan dinamika keluarga. Sangat penting bagi perawat keluarga untuk mengetahui apa yang dianggap penting oleh keluarga agar dapat mengarahkan proses asesmen, diagnosis, dan intervensi keperawatan secara tepat.

Poin-poin evaluasi:

- (1) Identifikasi nilai-nilai penting dalam keluarga dan maknanya (misalnya: kesehatan, pendidikan, kesetaraan, pekerjaan).
- (2) Tingkat kesamaan antara nilai keluarga dan nilai-nilai kelompok sosial yang lebih luas.
- (3) Tingkat kesamaan nilai antara keluarga secara keseluruhan dan masing-masing anggota keluarga.
- (4) Variabel yang memengaruhi nilai, misalnya pengalaman hidup, budaya, atau generasi.
- (5) Nilai yang dipertahankan secara sadar dan tidak sadar.
- (6) Dimensi nilai dalam keluarga, misalnya nilai tradisional vs nilai modern.
- (7) Dampak nilai-nilai tersebut terhadap kesehatan dan dinamika keluarga.

Tujuan Intervensi Perawat Keluarga Terkait Struktur Keluarga adalah membantu keluarga dan anggotanya untuk:

- (1) Mengenali kekuatan atau potensi yang mereka miliki,
- (2) Menyesuaikan diri dengan peran baru secara adaptif,
- (3) Melalui berbagai pendekatan, seperti: Edukasi atau pengajaran, Pemberian informasi, Konseling, Dukungan emosional dan praktis, Pendampingan khusus bagi caregiver, dan Meningkatkan kualitas komunikasi keluarga.

5) Fungsi-Fungsi Keluarga

a) Fungsi Emosional

Fungsi emosional keluarga berkaitan dengan kebutuhan internal anggota keluarga untuk mendapatkan perlindungan dan dukungan psikososial.

Aspek yang dinilai meliputi:

- (1) Cara keluarga merespons kebutuhan emosional anggotanya, seperti: penerimaan, rasa memiliki, kasih sayang, dukungan, penghargaan, dan imbalan lainnya.
- (2) Adanya perawatan timbal balik, kedekatan emosional, pengakuan terhadap keunikan setiap anggota, serta elemen-elemen yang memperkuat keterikatan keluarga.

Contoh Pertanyaan Asesmen Fungsi dan Kebutuhan Emosional Keluarga:

- (1) Apakah kebutuhan, minat, dan perbedaan antar anggota keluarga dihargai dengan penuh respek?
- (2) Apakah terdapat saling menghormati antara anggota keluarga?
- (3) Sejauh mana anggota keluarga saling mendukung satu sama lain?
- (4) Apakah terdapat kedekatan dan keakraban emosional dalam hubungan antar anggota keluarga?
- (5) Bagaimana keluarga menghadapi perpisahan atau perpisahan emosional, seperti ketika anggota keluarga pergi, meninggal, atau pindah?

Contoh Intervensi Keperawatan untuk Mempertahankan atau Meningkatkan Fungsi Emosional Keluarga:

- (1) Intervensi promosi kesehatan melalui edukasi dan informasi mengenai:
- (2) pentingnya rasa hormat terhadap diri sendiri dan orang lain,
- (3) pengakuan terhadap kebutuhan pribadi dan keberagaman individu dalam keluarga.
- (4) Mendorong saling pengertian dan kebersamaan melalui peningkatan komunikasi yang efektif.
- (5) Memberikan bantuan dalam menghadapi isu-isu kedekatan atau perpisahan emosional antar anggota.
- (6) Memberikan dukungan dalam menghadapi proses berduka, seperti saat kehilangan orang terkasih.

b) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi individu dimulai sejak lahir dan berlanjut hingga akhir hayat. Ini merupakan proses seumur hidup, di mana seseorang menyesuaikan perilakunya sesuai dengan situasi sosial yang dialaminya. Secara umum, sosialisasi melibatkan:

- (1) pengajaran dan pembelajaran nilai, sikap, serta perilaku yang menunjang kesehatan,
- (2) pengajaran disiplin dan pengendalian diri.

Aspek yang diselidiki:

- (1)Praktik pengasuhan anak (perlindungan, mendengarkan aktif, penggunaan hukuman atau tekanan, dsb.),
- (2)Kesesuaian praktik pengasuhan dengan bentuk dan kondisi keluarga,
- (3)Faktor-faktor yang memengaruhi sosialisasi anak,
- (4)Nilai anak dalam struktur keluarga,
- (5)Pengaruh budaya terhadap pola asuh,
- (6)Dampak kelas sosial terhadap cara mendidik anak,
- (7)Penilaian potensi risiko dan identifikasi masalah dalam pengasuhan,
- (8)Kecukupan lingkungan rumah bagi kebutuhan anak bermain dan berkembang.

Contoh pertanyaan asesmen fungsi sosialisasi:

- (1)Apa praktik keluarga dalam mengendalikan perilaku anak? Memberikan otonomi? Mengekspresikan dan menerima kasih sayang?
- (2)Siapa yang bertanggung jawab dalam proses sosialisasi anak? Apakah tanggung jawab ini dibagi?
- (3)Bagaimana anak-anak diperlakukan dalam keluarga?

Contoh intervensi keperawatan untuk mempertahankan atau meningkatkan fungsi sosial:

- (1)Dukungan kepada keluarga melalui edukasi, konseling, dan advokasi.
- (2)Dukungan kepada pengasuh melalui pelatihan keterampilan, penyediaan informasi, dan pemantauan.
- (3)Intervensi sosial-budaya (misalnya: meningkatkan sensitivitas keluarga terhadap anjuran gizi).
- (4)Dukungan dalam modifikasi perilaku.
- (5)Pemanfaatan sumber dukungan komunitas (layanan respite, organisasi sosial, tempat ibadah, dsb.).

c) Fungsi Perawatan Kesehatan

Tujuan utama praktik keperawatan keluarga adalah memberikan edukasi dan konseling untuk mendukung kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan diri. Perbedaan dalam pola perawatan kesehatan bisa disebabkan oleh:

- (1)persepsi tentang kesehatan dan penyakit,
- (2)keterpaparan terus-menerus terhadap penyakit,
- (3)jenis kelamin,

- (4) kelas sosial,
- (5) karakteristik budaya,
- (6) pandangan terhadap pencarian layanan kesehatan, dan faktor lainnya.

Aspek yang dinilai:

- (1) Keyakinan, nilai, dan perilaku kesehatan dalam keluarga,
- (2) Definisi kesehatan dan penyakit, serta tingkat pemahaman yang dimiliki,
- (3) Persepsi keluarga terhadap status kesehatannya dan kerentanannya terhadap penyakit,
- (4) Kebiasaan makan dan kecukupan nutrisi,
- (5) Makna dan kebiasaan keluarga saat makan bersama,
- (6) Kebiasaan berbelanja,
- (7) Siapa yang bertanggung jawab atas pembelian dan persiapan makanan,
- (8) Kebiasaan tidur dan istirahat,
- (9) Aktivitas fisik dan kegiatan rekreasi,
- (10) Riwayat penggunaan obat-obatan,
- (11) Praktik pengobatan dan konsumsi zat (alkohol, rokok, dll),
- (12) Peran keluarga dalam praktik perawatan diri,
- (13) Kebersihan lingkungan tempat tinggal,
- (14) Tindakan pencegahan (pemeriksaan kesehatan rutin, imunisasi, kebersihan gigi, dll),
- (15) Penggunaan terapi pelengkap dan alternatif.
- (16) Perasaan dan persepsi terhadap layanan kesehatan,
- (17) Riwayat kesehatan keluarga,
- (18) Pemanfaatan layanan kesehatan,
- (19) Akses terhadap layanan kesehatan darurat,
- (20) Sumber daya untuk membayar layanan kesehatan,
- (21) Pengaturan perawatan atau rawat jalan.

Contoh Pertanyaan Asesmen Kesehatan dan Fungsionalitas Keluarga:

- (1) Apa arti kesehatan bagi keluarga? Apakah terdapat kesesuaian antara pandangan dan perilaku terkait kesehatan?
- (2) Apakah keluarga mampu memantau dan melaporkan perubahan gejala kesehatan?
- (3) Apakah keluarga memiliki pengetahuan tentang pola makan sehat?
- (4) Bagaimana kebiasaan tidur anggota keluarga? Siapa yang memutuskan kapan anak-anak harus tidur?

(5) Jenis olahraga apa yang dilakukan anggota keluarga? Bagaimana pola konsumsi rokok dan alkohol dalam keluarga?

Contoh Intervensi Keperawatan untuk Menjaga atau Meningkatkan Kesehatan Anggota Keluarga:

(1) Peningkatan self-care, yaitu mengambil tindakan dan perubahan setelah mengenali adanya ketidaksesuaian dalam pengetahuan dan perilaku.

Contoh: Perawat keluarga menemukan bahwa orang tua tidak memiliki pengetahuan atau menunjukkan sikap acuh terhadap imunisasi anak balita. Perawat kemudian memberikan edukasi mengenai pentingnya imunisasi. Lalu dievaluasi apakah keluarga menunjukkan usaha untuk mengejar jadwal imunisasi anak.

(2) Upaya mengubah keyakinan atau pandangan disfungsional yang mungkin muncul dari generalisasi pengalaman masa lalu.

Contoh: "Di keluarga kami tidak ada yang pernah kurus." dilakukan restrukturisasi kognitif oleh perawat.

(3) Penggunaan peran model (role model):

Contoh: Orang tua yang menjalankan kebiasaan menjaga kebersihan gigi menjadi panutan bagi anak-anak mereka.

(4) Penguatan dan penghargaan terhadap perilaku sehat:

Catatan: Umpan balik positif (misalnya pujian) lebih efektif dalam mengubah perilaku dibandingkan dengan hukuman.

(5) Edukasi, konseling, dan rujukan ke layanan lain bila diperlukan.

6) Faktor-Faktor Stres bagi Keluarga, Penanganan, dan Adaptasi

Faktor stres adalah unsur-unsur yang memicu munculnya proses stres, yang bisa berasal dari lingkungan, ekonomi, sosial, atau kejadian tertentu. Stres sendiri merupakan respons atau keadaan tegang yang timbul akibat faktor stres tersebut, atau dari tuntutan nyata maupun yang dipersepsikan yang tidak mampu ditangani oleh individu.

Krisis keluarga didefinisikan sebagai suatu keadaan yang berkelanjutan dari disintegrasi, disorganisasi, dan ketidakmampuan dalam sistem keluarga untuk berfungsi secara normal.

Strategi koping individual adalah upaya positif atau negatif yang digunakan oleh anggota keluarga untuk beradaptasi terhadap stres. Sementara itu, strategi koping keluarga adalah proses di mana keluarga mengidentifikasi seluruh sumber daya pendukung yang dimiliki, mengenali kekuatan internalnya, dan berusaha mengurangi dampak dari faktor stres tersebut.

Adaptasi adalah proses penyesuaian diri terhadap stres melalui pemanfaatan sumber daya pendukung, penerapan strategi koping, dan kemampuan pemecahan masalah secara efektif.

a) Faktor Stres, Stabilitas, dan Persepsi:

- (1) Faktor-faktor stres yang sedang dialami oleh keluarga.
- (2) Tingkat stabilitas/kekuatan keluarga dalam menghadapi stres.
- (3) Cara keluarga mendefinisikan atau memaknai situasi stres yang dihadapi.

b) Penggunaan Strategi Koping terhadap Stres (masa lalu dan masa kini):

- (1) Perbedaan cara menghadapi stres antar anggota keluarga.
- (2) Bagaimana keluarga secara keseluruhan bereaksi terhadap stres?
- (3) Strategi koping internal yang digunakan oleh keluarga.
- (4) Strategi koping eksternal adalah Strategi-strategi yang berasal dari luar individu atau keluarga, seperti dukungan dari teman, institusi, layanan masyarakat, atau bantuan profesional, digunakan untuk menghadapi tekanan.

Strategi adaptasi disfungsi (masa lalu/masa kini dan sejauh mana digunakan) Meliputi strategi-strategi yang tidak efektif, merugikan, atau memperburuk situasi seperti penyangkalan, pelarian (misalnya alkohol, penggunaan zat), penghindaran konflik, atau kekerasan.

c) Adaptasi Keluarga terhadap Situasi Stres:

- (1) Tingkat adaptasi keseluruhan keluarga terhadap tekanan yang dihadapi.
- (2) Evaluasi kapan keluarga berada dalam kondisi krisis: apakah keluarga menunjukkan tanda-tanda ketidakmampuan dalam mengelola stres secara sehat, seperti disorganisasi fungsi keluarga, konflik meningkat, atau ketidakseimbangan peran.

d) Penanganan dan Adaptasi terhadap Stres Secara Berkelanjutan

Contoh pertanyaan untuk menilai stres dan adaptasi keluarga:

- (1) Apa saja faktor stres yang memengaruhi keluarga? Berapa lama pengaruh itu berlangsung?
- (2) Apakah keluarga mampu mengelola stres tersebut? Dengan cara bagaimana?
- (3) Bagaimana respons keluarga terhadap stres? Strategi apa saja yang digunakan?

Jenis intervensi keperawatan dalam keluarga:

- (1) Membantu keluarga menghadapi masalah, misalnya melalui dorongan emosional, dukungan sosial, dan pengajaran strategi koping stres yang sehat.
- (2) Intervensi saat krisis yang timbul akibat tekanan atau stres mendadak.
- (3) Pemberdayaan keluarga, yaitu membangun kapasitas internal keluarga untuk menjadi lebih tangguh dan mandiri dalam menghadapi tantangan.
- (4) Perlindungan dari perilaku kekerasan, baik yang muncul di dalam keluarga, maupun yang diarahkan kepada anggota keluarga sebagai bentuk respons maladaptif terhadap stres. (Adamakidou, 2023)

B. Calgary Family Assessment Model (CFAM)

1. Pengertian

Calgary Family Assessment Model (CFAM) dikembangkan oleh Lorraine Wright dan Maureen Leahey pada tahun 1984. CFAM digunakan secara luas dalam praktik keperawatan keluarga karena kemampuannya dalam mengeksplorasi berbagai dimensi kehidupan keluarga. Model ini mengkaji keluarga melalui tiga kategori utama: struktural, perkembangan, dan fungsional.

Setiap kategori bertujuan membantu tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi dinamika dan kebutuhan unik dari setiap keluarga. Dalam praktiknya, tenaga kesehatan perlu menentukan kategori mana yang paling relevan dan sesuai untuk digunakan berdasarkan situasi dan karakteristik masing-masing keluarga.

Kategori struktural umumnya menjadi aspek yang paling signifikan, khususnya dalam konteks keluarga yang memiliki latar belakang budaya yang beragam. Kategori ini mencakup lima area atau klasifikasi yang membantu dalam memahami struktur internal dan eksternal keluarga, termasuk dukungan sosial, komposisi anggota keluarga, dan lingkungan tempat tinggal. Panduan serta contoh pertanyaan untuk eksplorasi lebih lanjut disediakan dalam tabel-tabel asesmen tertentu.

Meskipun fokus utama sering kali tertuju pada konteks struktural, tenaga kesehatan juga perlu mempertimbangkan dimensi perkembangan dan fungsional dalam asesmen keluarga. Pendekatan menyeluruh terhadap ketiga kategori dalam CFAM memungkinkan tenaga kesehatan memberikan intervensi yang lebih efektif dan kontekstual sesuai kebutuhan keluarga. (Wright, L. M., & Leahey, 2013)

Calgary Family Assessment Model (CFAM) merupakan salah satu kerangka kerja yang banyak digunakan dalam keperawatan keluarga untuk melakukan

pengkajian secara menyeluruh. Model ini dikembangkan oleh Lorraine M. Wright dan Maureen Leahey pada tahun 1984, dan telah direvisi dalam beberapa edisi bukunya. CFAM berfungsi sebagai panduan sistematis dalam memahami struktur, perkembangan, dan fungsi keluarga sehingga memudahkan perawat dalam mengidentifikasi masalah kesehatan serta merencanakan intervensi yang sesuai (Wright, L. M., & Leahey, 2013).

Menurut Wright dan Leahey (2013), CFAM adalah kerangka multidimensional yang membantu perawat dalam menilai keluarga melalui tiga kategori utama, yaitu: struktur keluarga (structural assessment), perkembangan keluarga (developmental assessment), dan fungsi keluarga (functional assessment). Model ini berakar pada teori sistem, teori komunikasi, serta teori perubahan, yang menjadikannya komprehensif untuk melihat keluarga sebagai satu unit dalam sistem yang lebih luas.

Alligood (2014) menjelaskan bahwa CFAM memungkinkan perawat untuk memandang keluarga bukan hanya sebagai kumpulan individu, melainkan sebagai suatu kesatuan yang saling berinteraksi dan memengaruhi satu sama lain. Dengan demikian, fokus asuhan keperawatan tidak hanya pada individu yang sakit, tetapi juga pada seluruh sistem keluarga yang terlibat.

Sementara itu, Leahey dan Wright (2016) menegaskan bahwa CFAM tidak hanya digunakan untuk pengkajian, tetapi juga sebagai sarana komunikasi terapeutik. Melalui pertanyaan-pertanyaan terfokus (circular questioning), perawat dapat membantu keluarga untuk mengeksplorasi masalah, menemukan makna, dan membangun strategi adaptif dalam menghadapi tantangan Kesehatan.

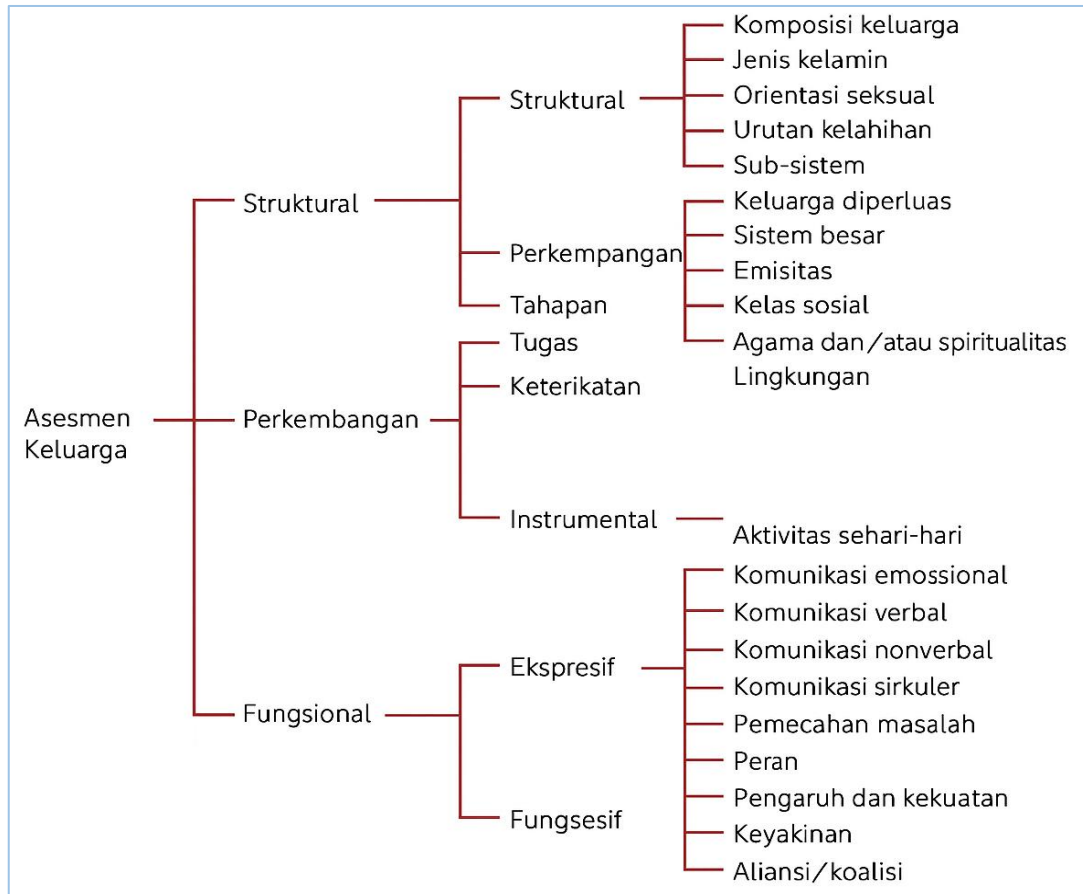
CFAM (Family. Systems. Nursing. Model) adalah sebuah kerangka konseptual yang dikembangkan untuk membantu perawat dalam memahami dan mengevaluasi hubungan dan dinamika dalam keluarga. Model ini menekankan pentingnya aspek struktural, fungsional, perkembangan, kepercayaan, dan aliansi atau koalisi dalam konteks keluarga, serta bagaimana faktor-faktor tersebut memengaruhi kesehatan dan proses penyesuaian keluarga terhadap masalah kesehatan. CFAM memadukan berbagai subkategori yang mendeskripsikan hubungan dan sistem dalam keluarga, serta memfasilitasi pendekatan holistik dan sistemik dalam perawatan keperawatan keluarga (Wright & Leahey's, 2019).

Dari berbagai definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa CFAM adalah model pengkajian keluarga yang komprehensif, sistematis, dan berbasis teori, yang digunakan untuk menilai struktur, perkembangan, serta fungsi keluarga, dengan tujuan meningkatkan pemahaman perawat terhadap dinamika keluarga dalam konteks kesehatan.

2. Dimensi dalam Calgary Family Assessment Model (CFAM)

CFAM terdiri dari tiga kategori utama, yaitu:

- Struktural
- Perkembangan (Developmental)
- Fungsional



Gambar 4.1 Diagram dimensi model CFAM

Sumber : (Qasim et al., 2025)

Setiap kategori memiliki sejumlah subkategori. Perawat perlu memilih subkategori yang relevan sesuai kondisi keluarga, karena tidak semua harus dikaji pada pertemuan pertama. Jika terlalu banyak digunakan, data bisa berlebihan; sebaliknya jika terlalu sedikit, gambaran keluarga menjadi tidak lengkap.

Kategori dan subkategori ini dapat digambarkan dalam bentuk diagram percabangan, yang membantu perawat bergerak dari data umum ke data detail, lalu menyatukannya kembali untuk memperoleh pemahaman menyeluruh. Proses ini penting terutama ketika menghadapi situasi keluarga yang kompleks.

Pengkajian keluarga juga dipengaruhi oleh pengalaman, keyakinan, dan hubungan perawat dengan keluarga. CFAM dapat digunakan baik sebagai model

penilaian maupun kerangka kerja klinis dalam membantu keluarga menghadapi masalah kesehatan.

Contohnya, keluarga dengan orang tua tunggal yang berada pada tahap perkembangan remaja mungkin memiliki pengalaman positif dari tahap sebelumnya yang dapat menjadi sumber ketahanan. Dengan CFAM, perawat dapat menggali faktor tersebut dan menyusun intervensi bersama keluarga.

Perlu diingat, keluarga datang bukan untuk “dinilai,” melainkan untuk mencari bantuan dalam menghadapi masalah kesehatan. Oleh karena itu, CFAM berfungsi sebagai panduan agar perawat dapat memahami struktur, perkembangan, dan fungsi keluarga, serta membantu meningkatkan kualitas hidup keluarga.

a. Struktural

Dalam mengkaji sebuah keluarga, perawat perlu menelaah struktur keluarganya yaitu, siapa yang ada dalam keluarga, hubungan antar anggota keluarga dengan pihak luar, serta konteks keluarga tersebut. Terdapat tiga aspek struktur keluarga yang paling mudah diperiksa: struktur internal, struktur eksternal, dan konteks. Masing-masing dimensi dari pengkajian struktural keluarga ini dibahas secara terpisah.

1) Struktur Internal (Internal Structure), mencakup enam subkategori:

- a) Komposisi keluarga (Family composition)
- b) Jenis kelamin (Gender)
- c) Orientasi seksual (Sexual orientation)
- d) Urutan kedudukan (Rank order)
- e) Subsistem (Subsystems)
- f) Batasan (Boundaries)
- g) Komposisi Keluarga (Family Composition)

Subkategori *family composition* memiliki banyak makna karena terdapat banyak definisi mengenai keluarga. Wright dan Bell (2009) mendefinisikan keluarga sebagai: “sekelompok individu yang terikat oleh hubungan emosional yang kuat, rasa memiliki, dan semangat untuk terlibat dalam kehidupan satu sama lain.”

Ada lima atribut penting dalam konsep keluarga:

- (1) Keluarga adalah sebuah sistem atau unit.
- (2) Anggotanya mungkin berhubungan darah atau tidak, dan mungkin tinggal bersama atau tidak.
- (3) Unit tersebut mungkin memiliki anak atau tidak.
- (4) Ada komitmen dan keterikatan antar anggota unit yang mencakup kewajiban di masa depan.

(5) Fungsi pengasuhan unit mencakup perlindungan, pemeliharaan, dan sosialisasi para anggotanya.

Dengan menggunakan gagasan ini, perawat dapat memasukkan berbagai bentuk keluarga yang ada di masyarakat saat ini, seperti keluarga biologis karena prokreasi, keluarga inti (keluarga asal), keluarga dengan orang tua tunggal, keluarga tiri, keluarga komunal, serta pasangan atau keluarga lesbian, gay, biseksual, queer, interseks, transgender, atau *twin-spirited* (LGBQITT).

Menetapkan suatu kelompok orang dengan istilah seperti "pasangan," "keluarga inti," atau "keluarga orang tua tunggal" menentukan atribut keanggotaan, tetapi perbedaan label tersebut tidak membuat suatu kelompok lebih atau kurang "keluarga." Sebaliknya, atribut kasih sayang, ikatan emosional yang kuat, rasa memiliki, serta keberlanjutan keanggotaanlah yang menentukan komposisi keluarga.

Dalam praktik klinis kami dengan keluarga, pertanyaan berikut untuk menentukan komposisi keluarga:

- (1) "Siapa saja yang ada dalam keluarga ini?"
- (2) "Siapa yang dianggap keluarga oleh keluarga ini?"

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga:

- (1) "Bisakah Anda memberitahu saya siapa saja yang ada dalam keluarga Anda?"
- (2) "Apakah ada orang lain yang tinggal bersama Anda, misalnya kakek-nenek, atau penghuni kos?"
- (3) "Apakah ada seseorang yang baru saja pindah dari rumah?"
- (4) "Apakah ada orang lain yang Anda anggap sebagai keluarga tetapi tidak tinggal bersama Anda? Seseorang yang tidak memiliki hubungan biologis?"

h) Gender

Gender merupakan konstruksi sosial sekaligus realitas universal yang memengaruhi relasi, hierarki, dan kekuasaan dalam keluarga. Penting bagi perawat untuk mempertimbangkan gender karena perbedaan pengalaman pria dan wanita sering menjadi inti percakapan terapeutik.

(1) Perbedaan gender dan sex:

Sex: perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan.

Gender: peran dan harapan sosial-budaya terkait maskulinitas dan feminitas (McDowell, 2018 dalam Wright & Leahey's, 2019).

(2) Pengaruh gender terhadap kesehatan:

WHO (2015): ketidaksetaraan gender dapat menurunkan derajat kesehatan.

Perempuan lebih sering menjadi pengasuh utama dalam keluarga, sehingga mengalami beban fisik, stres, konflik peran, hingga depresi (Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, 2016)

(3) Dinamika dalam keluarga:

Perbedaan pandangan gender sering menimbulkan konflik tersembunyi dalam hubungan pasangan. Sebagian pasangan ingin membangun relasi setara: status, perhatian, penyesuaian, dan kesejahteraan yang timbal balik (Baia et al., 2014).

Namun, sebagian lain tetap memilih peran tradisional.

(4) Implikasi bagi praktik keperawatan:

Perawat perlu peka terhadap konstruksi gender, identitas seksual, dan menghindari asumsi heteronormatif (Bjarnadottir, Bockting, & Dowding, 2017 dalam Wright & Leahey's, 2019).

Integrasi atribut maskulin dan feminin dalam diri setiap individu perlu dipandang sebagai bagian perkembangan manusia.

(5) Contoh pertanyaan pengkajian gender:

- (a) Apa pengaruh gagasan orang tua Anda terhadap pandangan Anda tentang maskulinitas dan feminitas?"
- (b) Bagaimana pembagian tanggung jawab dalam keluarga Anda, misalnya terkait perawatan kesehatan?"
- (c) Apakah ada perbedaan pandangan gender yang memengaruhi komunikasi dalam keluarga?"

i) Orientasi Seksual

Subkategori orientasi seksual mencakup populasi mayoritas seksual dan minoritas seksual.

(American Psychological Association, 2015, dikutip dalam Wright & Leahey, 2019) menjelaskan orientasi seksual adalah "komponen identitas yang mencakup ketertarikan seksual dan emosional seseorang kepada orang lain dan perilaku dan/atau afiliasi sosial yang mungkin timbul dari ketertarikan ini. Seseorang mungkin tertarik pada laki-laki, perempuan, keduanya, tidak keduanya, atau kepada orang-orang yang genderqueer, androgini, atau memiliki identitas gender lainnya. Individu dapat mengidentifikasi dirinya sebagai lesbian, gay, heteroseksual, biseksual, queer, panseksual, atau aseksual, di antara lainnya

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga

- (1) "Elsbeth, pada usia berapa pertama kali kamu melakukan aktivitas seksual?"
- (2) "Ketika LaCheir pertama kali memberi tahu ibunya bahwa dia seorang lesbian, dampak apa yang ditimbulkan terhadap peran ibumu dalam merawatnya?"
- (3) "Ketika saudaramu, Lee, mengumumkan bahwa dia gay dan meninggalkan pernikahannya, bagaimana tanggapan orang tuamu?"
- (4) "Apa yang dikatakan orang tuamu kepadamu, Lilah, tentang alat kelaminmu yang ambigu?"

j) Urutan Kelahiran (Rank Order)

Subkategori rank order mengacu pada posisi anak-anak dalam keluarga berdasarkan usia dan gender. Urutan kelahiran, gender, dan jarak usia antar saudara kandung adalah faktor penting yang perlu dipertimbangkan saat melakukan asesmen..

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga

- (1) "Berapa banyak anak yang Anda miliki, Amber?"
- (2) "Siapa yang paling tua? Berapa usianya?"
- (3) "Siapa yang berikutnya dalam urutan kelahiran?"
- (4) "Apakah pernah ada keguguran atau aborsi?"
- (5) "Jika kakak perempuanmu, Gerda, menunjukkan lebih banyak kelembutan dan kurang mengontrol terhadap ibumu, apakah kamu akan lebih bersedia untuk berbicara dengan ibumu?"
- (6) "Apakah kamu bersedia membicarakan isu-isu sulit, seperti menyerahkan kunci mobilmu karena degenerasi makula?"

k) Sub-sistem

Sub-sistem adalah bagian diferensiasi dalam sistem keluarga yang memungkinkan keluarga menjalankan fungsinya. Sub-sistem dapat dibentuk berdasarkan generasi, gender, fungsi, minat, atau sejarah, misalnya pasangan suami-istri, orangtua-anak, maupun saudara kandung.

Setiap individu biasanya menjadi anggota dari beberapa sub-sistem sekaligus, dengan peran, kekuatan, dan keterampilan berbeda sesuai posisinya. Contohnya, seorang wanita bisa berperan sebagai istri, ibu, nenek, sekaligus anak. Demikian pula, anak sulung dapat berada dalam sub-sistem saudara kandung, pasangan, maupun orangtua-anak.

Pola sub-sistem bervariasi, misalnya antara anak tunggal dengan orang tua tunggal dibandingkan anak dalam keluarga besar. Tantangan muncul

saat anggota keluarga harus beradaptasi dengan berbagai tuntutan lintas sub-sistem, terutama dalam keluarga dengan struktur yang kompleks. Dalam praktik klinis, penting memperhatikan kejelasan batas generasi. Perawat dapat mengajukan pertanyaan: apakah anak berperan sesuai usianya, atau justru mengambil alih peran orang tua/pasangan? Analisis ini membantu menyusun hipotesis dalam asesmen keluarga untuk memahami dinamika relasi dan pola peran dalam keluarga.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga

Beberapa keluarga memiliki subkelompok khusus misalnya, mereka yang mengidentifikasi bahwa perempuan melakukan hal-hal tertentu, mereka yang mengidentifikasi bahwa laki-laki melakukan hal-hal tertentu, dan mereka yang mengidentifikasi bahwa anak-anak melakukan hal-hal tertentu.

- (1) "Apakah subkelompok yang berbeda ada dalam keluarga Anda? Jika ya, apa pengaruhnya terhadap tingkat stres keluarga Anda?"
- (2) "Ketika Ibu dan saudara perempuan Anda, Nora, begadang di malam hari dan membicarakan kebiasaan ayah menggunakan narkoba, apa yang dilakukan anak laki-laki?"
- (3) "Siapa dalam keluarga yang paling terpengaruh oleh masalah narkoba Cleve, dan bagaimana hal itu memengaruhi mereka?"
- (4) "Siapa yang berkumpul dalam keluarga untuk membicarakan perilaku melukai diri Shabana?"
- (5) Orang tua-anak: "Bagaimana hubungan Anda dengan Caitlyn berubah sejak dia didiagnosis dengan sindrom pernapasan akut parah?"
- (6) Suami-istri (Marital): "Berapa banyak waktu berdua yang bisa Anda dan Simon luangkan setiap bulan tanpa membicarakan anak-anak?"
- (7) Saudara kandung (Sibling): "Dalam skala 1 sampai 10, dengan 10 sebagai yang paling tinggi, seberapa takut Anda ketika Alex mengalami gagal jantung kongestif?"

l) Batasan (Boundaries)

Boundaries adalah aturan yang menentukan *"siapa yang terlibat dan bagaimana"* dalam sistem maupun subsistem keluarga (Minuchin, 1974). Fungsinya untuk melindungi dan membedakan peran antar anggota keluarga.

(1) Jenis Boundaries

- (a) Kabur (diffuse): batasan tidak jelas, anggota terlalu terikat, otonomi berkurang. Contoh: anak diposisikan sebagai orang tua (*parentified*).
- (b) Kaku (rigid): batasan terlalu tegas sehingga hubungan renggang (*disengaged*). Contoh: ayah-ibu hanya membatasi peran secara kaku.
- (c) Jelas & permeabel: fleksibel, aturan dapat disesuaikan sesuai kebutuhan, sehingga fungsi keluarga optimal.

(2) Perubahan Boundaries

- (a) Batasan dapat berubah seiring waktu, terutama saat reorganisasi keluarga (Boss, 2002).
- (b) Situasi seperti perceraian, kehilangan, kehadiran anak dari surrogate mother, donor sperma, atau transisi gender dapat memunculkan ambiguitas batasan.
- (c) Boss (2016) menyebut kondisi ini sebagai ambiguous loss, yaitu kehilangan yang tidak jelas atau tidak terverifikasi, sehingga menimbulkan kebingungan siapa yang dianggap "bagian keluarga".

(3) Implikasi Klinis

- (a) Boundaries dapat memfasilitasi atau justru menghambat fungsi keluarga.
- (b) Misalnya, keluarga imigran awalnya memiliki batasan kaku untuk melindungi diri, namun seiring waktu dapat menjadi lebih fleksibel dan adaptif dengan budaya baru.

2) Struktur Eksternal, mencakup dua subkategori:

- a) Keluarga besar (extended family)
- b) Sistem yang lebih luas (larger systems)
- c) Keluarga Besar

Subkategori keluarga besar mencakup keluarga asal, keluarga inti, generasi sekarang, dan keluarga tiri. Loyalitas ganda dalam keluarga besar dapat sangat memengaruhi struktur keluarga, baik melalui dukungan maupun konflik, meskipun terpisah jarak. Penilaian kuantitas dan kualitas kontak penting dilakukan (Levac, Wright, & Leahey, 2002 dalam Wright & Leahey's, 2019), termasuk peran media sosial sebagai sarana mempertahankan hubungan, dukungan, dan harapan bagi anggota keluarga. Dalam pekerjaan klinis kami, kami mempertimbangkan apakah ada banyak rujukan pada keluarga besar. Seberapa penting keluarga besar bagi keberfungsian keluarga tertentu? Apakah mereka tersedia untuk memberikan dukungan ketika dibutuhkan? Jika ya,

bagaimana caranya? Melalui telepon seluler atau rumah, e-mail, webcam, Skype, iChat, atau grup percakapan internet? Apakah mereka berada dekat secara fisik?

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga

- (1) "Di mana orang tua Anda tinggal?"
- (2) "Seberapa sering Anda berhubungan dengan mereka?"
- (3) "Bagaimana dengan saudara laki-laki, perempuan, dan saudara tiri Anda?"
- (4) "Anggota keluarga mana yang tidak pernah Anda temui?"
- (5) "Siapa kerabat Anda yang paling dekat dengan Anda?"
- (6) "Siapa yang biasanya menelpon siapa? Seberapa sering?"
- (7) "Kepada siapa Anda meminta bantuan ketika ada masalah dalam keluarga Anda?"
- (8) "Bantuan seperti apa yang biasanya Anda minta?"
- (9) "Apakah keluarga Anda di Irlandia (atau tempat lain) akan tersedia bila Anda membutuhkan bantuan mereka?"
- (10) "Apakah Anda akan merasa lebih nyaman menghubungi keluarga melalui e-mail atau ruang obrolan daring?"

d) Sistem yang Lebih Luas

Subkategori sistem yang lebih luas mencakup lembaga sosial dan profesional seperti pekerjaan, layanan sosial, kesehatan, pengadilan, hingga layanan khusus bagi disabilitas atau lansia. Hubungan dengan sistem ini bisa mendukung atau justru menimbulkan tantangan bagi keluarga, terutama jika muncul pelabelan negatif dari tenaga profesional. Teknologi dan internet (telehealth, telenursing, konferensi video) juga menjadi bagian dari sistem luas yang dapat memperkuat dukungan, namun perawat perlu memastikan informasi yang akurat serta melibatkan semua anggota keluarga dalam proses perawatan.

Perawat dapat menanyakan pada diri mereka pertanyaan-pertanyaan seperti berikut:

- (1) "Siapa saja tenaga kesehatan yang terlibat?"
- (2) "Bagaimana hubungan antara keluarga dan sistem yang lebih besar?"
- (3) "Seberapa sering mereka berinteraksi? Apakah hubungan mereka bersifat simetris atau saling melengkapi?"
- (4) "Apakah sistem yang lebih besar terlalu khawatir? Terlalu terlibat? Kurang peduli? Kurang terlibat?"
- (5) "Apakah sistem yang lebih besar menyalahkan keluarga atas masalahnya?"

(6) "Apa yang diharapkan para penolong untuk keluarga?"

(7) "Apakah perawat diminta untuk mengambil tanggung jawab atas tugas dari sistem lain?"

(8) "Bagaimana keluarga dan penolong mendefinisikan masalah?"

Seorang wanita muda yang menderita metastasis dari kanker payudara, ketika ditanya, "Siapa yang kamu anggap seperti keluarga?" menjawab, "Saya punya tiga keluarga: keluarga saya sendiri, keluarga gereja saya, dan 'keluarga' saya di pusat kanker."

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga:

(1) "Profesional dari lembaga mana yang terlibat dengan keluarga Anda, Tuan Rajwani?"

(2) "Berapa banyak lembaga yang secara rutin berinteraksi dengan Anda?"

(3) "Apakah keluarga Anda pernah berpindah dari satu sistem perawatan kesehatan ke sistem lain?"

(4) "Siapa yang paling berpikir bahwa keluarga Anda perlu terlibat dengan sistem-sistem ini?"

(5) "Siapa yang paling berpikir sebaliknya?"

(6) "Apakah akan ada kesepakatan antara definisi Anda tentang masalah dan definisi sistem tentang masalah tersebut?"

3) Context (Konteks)

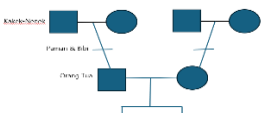
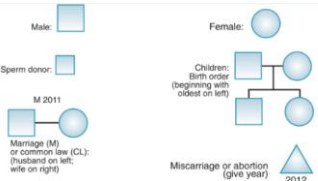
Context dijelaskan sebagai keseluruhan situasi atau latar belakang yang relevan dengan suatu peristiwa atau kepribadian. Setiap sistem keluarga sendiri berada di dalam sistem yang lebih luas, seperti lingkungan sekitar, status sosial ekonomi, wilayah, dan negara, serta dipengaruhi oleh sistem-sistem ini.

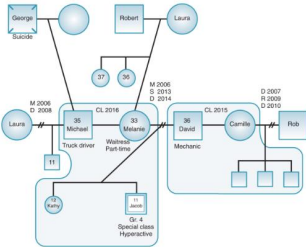
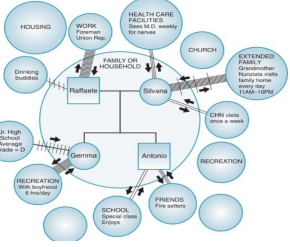
Konektivitas yang dialami oleh individu melalui Internet juga merupakan konteks lain yang perlu dipertimbangkan. Karena konteks meresapi dan membatasi baik individu maupun keluarga, konsekuensinya sangat luas.

Subkategori konteks meliputi :

- a) Etnisitas
- b) Ras
- c) Kelas sosial
- d) Spiritualitas dan/atau agama
- e) Lingkungan

Tabel 4.2 uraian subkategori dari konteks

Aspek	Genogram	Ecomap
Definisi	Diagram tentang struktur internal keluarga lintas generasi.	Diagram tentang hubungan keluarga dengan lingkungan eksternal.
Fokus	1. Riwayat keluarga (historis) 2. hubungan biologis, hukum, sosial, dan kesehatan.	1. Kondisi saat ini 2. interaksi keluarga dengan sistem/lingkungan sekitar.
Tujuan Utama	Memahami pola keluarga, masalah lintas generasi, serta faktor historis.	Menggambarkan dukungan, konflik, stresor, dan aliran sumber daya.
Struktur Dasar	1. Minimal 3 generasi.- Simbol kotak (laki-laki), lingkaran (perempuan). 2. Garis horizontal = pernikahan. 3. Garis vertikal = keturunan.  	1. Lingkaran tengah = keluarga. 2. Lingkaran luar = sistem eksternal (sekolah, layanan kesehatan, pekerjaan, dll.). 3. Garis lurus/putus/zigzag menunjukkan kualitas hubungan.
Informasi yang Ditampilkan	Nama, usia, status kesehatan, hubungan perkawinan, keturunan, migrasi, pekerjaan, agama, dsb.	Kualitas dan arah hubungan (dukungan kuat, lemah, penuh tekanan; aliran energi/sumber daya).
Kelebihan	1. Memberikan gambaran komprehensif lintas generasi.	1. Memberikan gambaran fungsi keluarga saat ini.

	2. Membantu perawat "berpikir keluarga." 3. Mudah diingat secara visual.	2. Memudahkan identifikasi sumber dukungan & stresor eksternal. 3. Praktis untuk perencanaan intervensi.
Keterbatasan	1. Tidak selalu menggambarkan relasi emosional. 2. Bisa kompleks jika dimasukkan dimensi budaya/religius/spiritual.	1. Tidak menunjukkan riwayat keluarga. 2. Lebih fokus pada hubungan "saat ini."
Contoh Kasus		

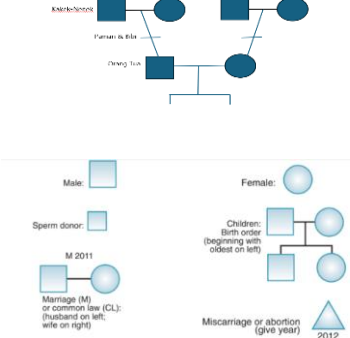
Sumber: diolah

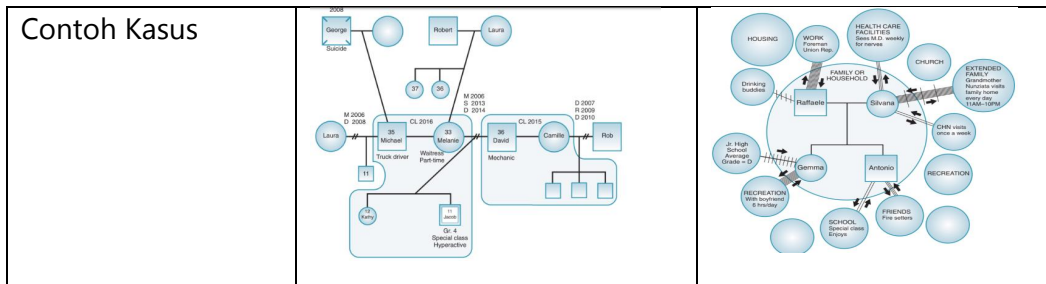
4) Alat Asesmen Struktural

Genogram dan *ecomap* adalah dua alat yang sangat membantu dalam menguraikan struktur internal dan eksternal sebuah keluarga. Berikut adalah perbandingan dari kedua alat tersebut

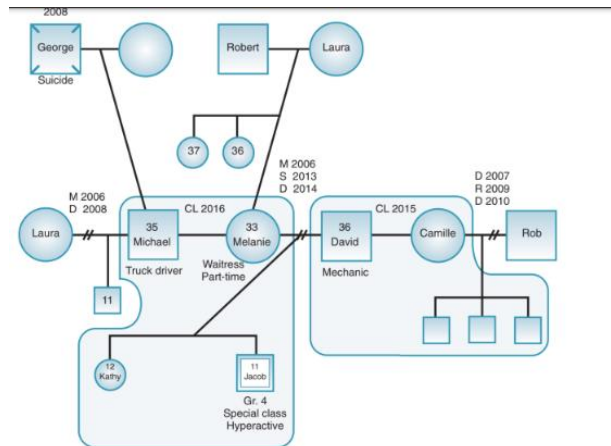
Tabel 4.3. Perbandingan genogram dan ecomap

Aspek	Genogram	Ecomap
Definisi	Diagram tentang struktur internal keluarga lintas generasi.	Diagram tentang hubungan keluarga dengan lingkungan eksternal.
Fokus	3. Riwayat keluarga (historis) 4. hubungan biologis, hukum, sosial, dan kesehatan.	3. Kondisi saat ini 4. interaksi keluarga dengan sistem/lingkungan sekitar.

Tujuan Utama	Memahami pola keluarga, masalah lintas generasi, serta faktor historis.	Menggambarkan dukungan, konflik, stresor, dan aliran sumber daya.
Struktur Dasar	4. Minimal 3 generasi.- Simbol kotak (laki-laki), lingkaran (perempuan). 5. Garis horizontal = pernikahan. 6. Garis vertikal = keturunan. 	4. Lingkaran tengah = keluarga. 5. Lingkaran luar = sistem eksternal (sekolah, layanan kesehatan, pekerjaan, dll.). 6. Garis lurus/putus/zigzag menunjukkan kualitas hubungan.
Informasi yang Ditampilkan	Nama, usia, status kesehatan, hubungan perkawinan, keturunan, migrasi, pekerjaan, agama, dsb.	Kualitas dan arah hubungan (dukungan kuat, lemah, penuh tekanan; aliran energi/sumber daya).
Kelebihan	4. Memberikan gambaran komprehensif lintas generasi. 5. Membantu perawat "berpikir keluarga." 6. Mudah diingat secara visual.	4. Memberikan gambaran fungsi keluarga saat ini. 5. Memudahkan identifikasi sumber dukungan & stresor eksternal. 6. Praktis untuk perencanaan intervensi.
Keterbatasan	3. Tidak selalu menggambarkan relasi emosional. 4. Bisa kompleks jika dimasukkan dimensi budaya/religius/spiritual.	3. Tidak menunjukkan riwayat keluarga. 4. Lebih fokus pada hubungan "saat ini."



Sumber : diolah

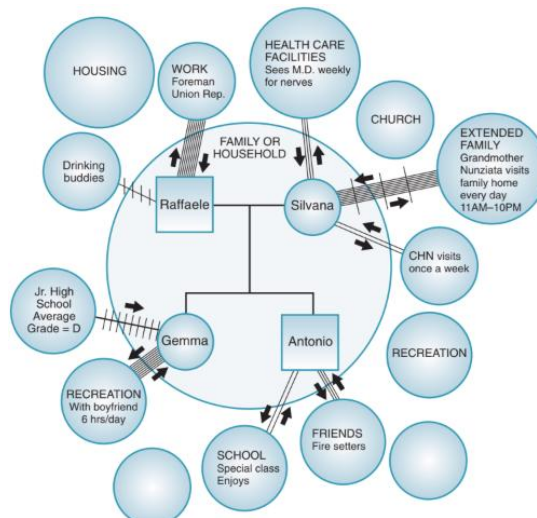


Gambar 4.2 Contoh Gambar Diagram pada sebuah keluarga

Baik, berikut terjemahan teks pada gambar ke dalam bahasa Indonesia:

- Michael menikahi istri pertamanya, Laura, pada tahun 2006 dan bercerai pada tahun 2008.
- Michael dan Laura memiliki seorang putra, yang sekarang berusia 11 tahun.
- Michael adalah anak tunggal; ayahnya meninggal karena bunuh diri pada tahun 2008; ibunya masih hidup.
- Melanie adalah anak bungsu dari tiga bersaudara, dan kedua orang tuanya masih hidup.
- Melanie menikah dengan David pada tahun 2006, berpisah pada 2013, dan bercerai pada 2014.
- David (usia 36 tahun) bekerja sebagai montir yang saat ini tinggal dalam pernikahan tidak resmi (common-law marriage) dengan Camille dan memiliki tiga orang putra.
- Camille dan mantan suaminya, Rob, bercerai pada 2007, menikah kembali pada 2009, lalu bercerai lagi pada 2010.

Gambar Ecomap



Gambar 4.3. Contoh Gambar Ekomap pada sebuah keluarga

- a) Raffaele, Silvana, Gemma, dan Antonio ditempatkan dalam lingkaran tengah.
 - b) Raffaele memiliki hubungan yang kuat dengan tempat kerjanya, di mana ia adalah seorang mandor dan perwakilan serikat pekerja. Ia juga memiliki ikatan yang cukup kuat dengan "teman minumannya." Namun, hubungan ini penuh tekanan baginya.
 - c) Hubungan Silvana terutama dengan ibunya dan sistem perawatan kesehatan. Ia menemui dokter keluarganya setiap minggu "untuk urusan saraf" dan menemui perawat kesehatan masyarakat (CHN) sekali seminggu. Ibu Silvana, Nunziata, mengunjungi Silvana setiap hari dari pukul 11 pagi hingga 10 malam. Ada hubungan yang kuat antara Silvana dan ibunya, tetapi Silvana mengatakan bahwa ia sebenarnya "tidak suka jika Ibu terlalu sering datang."
 - d) Antonio memiliki beberapa teman, sebagian besar suka membakar api. Ia berada di kelas khusus untuk disabilitas belajar dan menyukai guru maupun sekolahnya.
 - e) Gemma bersekolah di SMP, di mana ia mempertahankan nilai rata-rata D. Ia sering tidak masuk sekolah, dan ketika hadir, ia jarang berpartisipasi. Ia menghabiskan sekitar 6 jam sehari bersama pacarnya.
- b. Perkembangan

Selain memahami struktur keluarga, perawat juga perlu memahami bagaimana keluarga berkembang sepanjang kehidupannya. Setiap keluarga memiliki jalur perkembangan yang unik, dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, kondisi saat ini, serta harapan masa depan. Perjalanan ini tidak selalu berjalan mulus, karena bisa dipengaruhi oleh peristiwa yang dapat diprediksi

seperti kelahiran, anak mulai sekolah, atau pensiun, maupun peristiwa yang tidak terduga seperti sakit, bencana, atau perubahan sosial.

Dalam kajian keperawatan keluarga, dikenal dua istilah penting. Perkembangan keluarga menekankan pada perjalanan khusus yang ditempuh oleh tiap keluarga sesuai dengan pengalaman dan konteksnya. Sedangkan siklus kehidupan keluarga menggambarkan tahapan umum yang biasanya dialami sebagian besar keluarga, misalnya kelahiran anak, pengasuhan, anak meninggalkan rumah, pensiun, hingga kematian anggota keluarga. Pada setiap tahap ini, keluarga harus melakukan penyesuaian peran, aturan, dan hubungan antar anggotanya.

Dulu, model perkembangan keluarga digambarkan dalam tahapan yang jelas dan berurutan, seperti yang diperkenalkan oleh Duvall. Namun, dalam pandangan postmodern, perkembangan keluarga tidak dapat digeneralisasi karena setiap keluarga memiliki keunikan tersendiri. Budaya, etnis, gender, dan kelas sosial turut memengaruhi bagaimana keluarga menjalani siklus hidupnya.

Bagi perawat, penting untuk tidak melihat perkembangan keluarga secara kaku atau universal. Sebaliknya, perawat harus terbuka terhadap cerita dan pengalaman tiap keluarga. Sikap ini membantu perawat lebih peka terhadap latar belakang budaya, sosial, dan kondisi emosional yang memengaruhi perjalanan keluarga tersebut.

Selain tahapan perkembangan, ikatan emosional atau attachment antar anggota keluarga juga perlu diperhatikan. Attachment adalah hubungan emosional yang kuat dan relatif bertahan lama, yang memberi rasa aman sekaligus memengaruhi stabilitas dan perubahan keluarga. Bentuk attachment ini beragam, tidak ada satu pola yang dianggap paling benar, dan bisa digambarkan dalam asesmen keluarga.

Secara keseluruhan, perkembangan keluarga adalah proses dinamis yang selalu melibatkan stabilitas dan perubahan sekaligus. Ketegangan, stres, maupun konflik yang muncul dalam siklus kehidupan merupakan hal yang wajar. Oleh karena itu, tugas perawat adalah membantu keluarga mengenali kekuatan, sumber daya, dan tantangan yang mereka hadapi pada setiap tahap kehidupan, sambil tetap menjaga hubungan emosional yang sehat antar anggotanya.

1) Fase Satu: Masa Dewasa Muda yang Sedang Berkembang

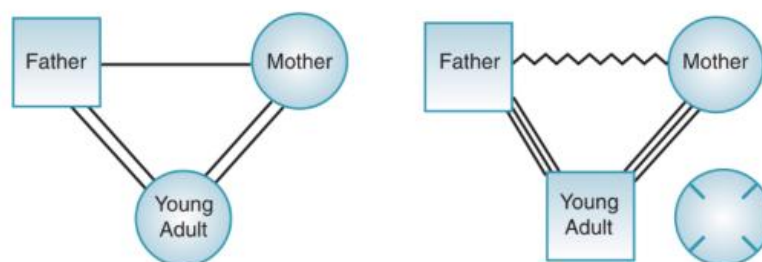
Tahap dewasa muda biasanya dimulai setelah seseorang mulai melepaskan diri dari ketergantungan pada keluarga asal. Pada fase ini, individu belajar tetap terhubung dengan orang tua dan keluarganya, tetapi juga berusaha membangun kemandirian. Tahap ini menjadi sangat penting

karena di sinilah orang dewasa muda mulai menentukan arah hidupnya, baik dalam hubungan, karier, maupun identitas diri.

Ada beberapa tugas utama pada tahap ini, yaitu:

- a) Membedakan diri dari keluarga asal membangun hubungan yang sehat dengan orang tua tanpa bergantung penuh atau menyalahkan mereka.
- b) Mengembangkan hubungan intim dengan teman sebaya belajar menjembatani otonomi dan keterikatan, membangun hubungan yang saling berbagi, bukan saling menggantungkan.
- c) Menentukan identitas dalam pekerjaan dan kemandirian finansial mencoba berbagai peran karier hingga menemukan jalur yang sesuai, sekaligus membangun kemandirian ekonomi.
- d) Menemukan peran dalam komunitas dan masyarakat – mulai belajar menjadi warga yang bertanggung jawab.
- e) Membentuk pandangan hidup dan spiritualitas – termasuk nilai agama, moral, serta cara memandang dunia.
- f) Perubahan peran orang tua – dari pengasuh menjadi konsultan, yang memberikan nasihat bila diminta.

Selain tugas-tugas tersebut, penting juga memahami keterikatan (attachment) orang dewasa muda dengan keluarganya. Tidak ada bentuk keterikatan yang benar atau salah, karena dipengaruhi oleh budaya, gender, latar belakang sosial, bahkan pengalaman hidup (misalnya kehilangan anggota keluarga). Perawat perlu menggali bagaimana keluarga memaknai keterikatan ini, karena akan berpengaruh pada identitas dan kemandirian orang dewasa muda. (Wright & Leahey's, 2019)



Gambar 4.4. genogram pada sebuah keluarga

- (1)Garis Tunggal (—): Menunjukkan hubungan perkawinan/ikatan pasangan biasa antara ayah dan ibu.
- (2)Garis Ganda (= =): Menggambarkan hubungan yang sangat dekat atau koalisi kuat antara dua anggota keluarga (misalnya orang tua dengan anak). Di gambar: hubungan Young Adult dengan Father dan Mother.
- (3)Garis Zigzag (~ ~ ~ ~): Menunjukkan hubungan yang penuh konflik atau sering terjadi pertentangan/ketegangan.

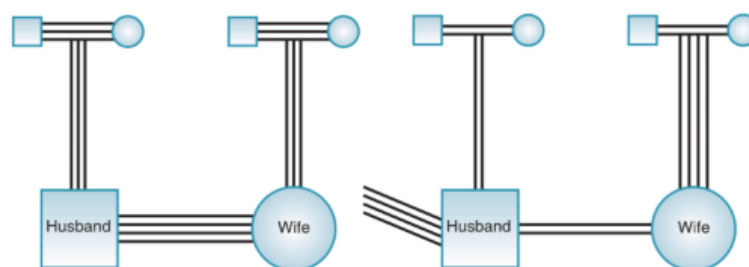
2) Fase Dua: Pembentukan Pasangan: Penyatuan Keluarga

Pernikahan bukan hanya penyatuan dua individu, melainkan juga penggabungan dua keluarga asal. Dengan demikian, pernikahan melibatkan setidaknya tiga sistem keluarga: keluarga asal suami, keluarga asal istri, dan keluarga baru yang terbentuk. Kompleksitas hubungan ini semakin besar pada keluarga tiri atau pernikahan sesama jenis yang kini semakin banyak diakui.

Pada tahap pernikahan, pasangan menghadapi beberapa tugas utama, yaitu:

- Membentuk sistem pasangan baru pasangan harus belajar menjadi satu kesatuan, menegosiasikan kebiasaan sehari-hari, tradisi, aturan, serta membangun gaya hubungan yang seimbang antara kedekatan dan kemandirian.
- Memperluas batas keluarga menerima pasangan baru sebagai bagian dari keluarga besar.
- Menyesuaikan hubungan dengan keluarga asal, saudara, teman, dan komunitas pasangan perlu menemukan keseimbangan antara tetap menjaga hubungan dengan keluarga asal dan membangun identitas baru sebagai pasangan.

Dalam hal keterikatan (attachment), pasangan idealnya membangun ikatan emosional yang erat tanpa harus memutus hubungan dengan keluarga asal. Namun, masalah dapat muncul bila salah satu pasangan lebih terikat pada keluarga asal atau kepentingan luar (seperti pekerjaan dan teman) dibandingkan pada pasangannya. Peristiwa yang mengganggu keterikatan pada awal pernikahan—misalnya pengkhianatan kepercayaan—dapat sangat memengaruhi stabilitas hubungan.



Gambar 4.5. genogram pada sebuah keluarga

3) Fase Tiga: Keluarga dengan Anak-Anak Kecil

Memasuki tahap kehadiran anak, pasangan tidak hanya berperan sebagai suami-istri tetapi juga sebagai orang tua. Kehadiran bayi menghadirkan tantangan baru, mulai dari tanggung jawab pengasuhan hingga pembagian peran dalam rumah tangga. Hal ini semakin kompleks pada keluarga

dengan keterbatasan sumber daya keuangan atau ketika kedua orang tua sama-sama bekerja.

Tugas Perkembangan Utama

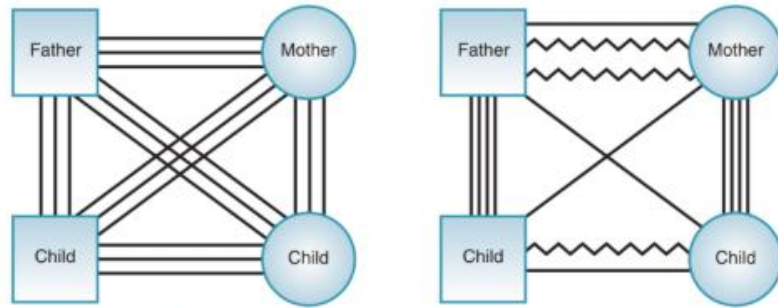
- a) Penyesuaian sistem pasangan untuk memberi ruang bagi anak
Pasangan perlu menyeimbangkan kebutuhan pribadi, keintiman, dan sosial dengan tanggung jawab sebagai orang tua. Anak dapat diintegrasikan ke dalam keluarga dengan berbagai cara: dianggap beban, diterima, atau bahkan menjadi pusat harapan keluarga. Bila anak memiliki disabilitas, pasangan menghadapi tantangan tambahan dalam mengelola harapan dan emosi.
- b) Kolaborasi dalam pengasuhan, keuangan, dan pekerjaan rumah tangga
Tanggung jawab perlu dibagi secara adil agar tidak membebani salah satu pihak. Keluarga juga perlu menyeimbangkan anggaran, memberi stimulasi fisik, emosional, dan akademik pada anak, serta merespons tekanan dari sekolah atau lingkungan.
- c) Penyesuaian hubungan dengan keluarga besar, Kehadiran anak membawa peran baru, misalnya kakek, nenek, atau bibi. Hal ini dapat menjadi sumber dukungan maupun konflik, tergantung bagaimana setiap generasi menyesuaikan diri dengan pola pengasuhan baru.
- d) Penyesuaian hubungan dengan komunitas dan sistem sosial
Pasangan perlu memperluas jaringan untuk mendukung struktur keluarga baru, baik melalui sekolah, lingkungan kerja, maupun komunitas.

Aspek Keterikatan

- a) Orang tua tetap harus menjaga kualitas hubungan pernikahan, tidak hanya terfokus pada anak.
- b) Anak membutuhkan rasa aman, keterikatan hangat, serta kesempatan untuk membangun hubungan dengan saudara kandung.
- c) Tujuan utama pengasuhan adalah menanamkan saling ketergantungan dan kerjasama dalam komunitas.

Pertanyaan Reflektif untuk Keluarga

- a) Seberapa banyak waktu yang dihabiskan untuk anak dibandingkan untuk pasangan?
- b) Apakah pembagian waktu itu seimbang dan memuaskan bagi kedua belah pihak?
- c) Bagaimana pola hubungan orang tua memengaruhi anak?
- d) Bagaimana anak menyampaikan kebutuhan kedekatan mereka?
- e) Apa dampak keguguran terhadap hubungan pernikahan?



Gambar 4.6 genogram pada sebuah keluarga

4) Fase Empat: Keluarga dengan Remaja

Masa remaja sering disebut sebagai periode penuh guncangan dan transisi, karena perubahan biologis, emosional, serta sosial terjadi dengan sangat cepat. Remaja menghadapi pengaruh dari teman sebaya, media sosial, internet, pornografi, olahraga, hingga berbagai aktivitas lain yang saling bersaing untuk menarik perhatian mereka. Faktor sosial ekonomi sangat memengaruhi pengalaman masa remaja. Di komunitas miskin, baik di perkotaan maupun pedesaan, masa remaja dapat dimulai lebih awal, dengan tekanan mengenai seksualitas, narkoba, dan tanggung jawab rumah tangga. Sementara itu, di keluarga kelas menengah, masa remaja sering berlangsung lebih lama, bahkan hingga usia 20-an atau awal 30-an, karena ketergantungan finansial dan tempat tinggal bersama orang tua masih berlanjut.

Tugas Perkembangan Utama

- Perubahan dalam hubungan orang tua–anak, Keluarga perlu menggeser pola hubungan dari ketergantungan menuju kemandirian. Remaja membutuhkan lebih banyak ruang untuk beraktivitas dan membangun hubungan mandiri, meskipun masih ada ketergantungan fisik pada keluarga. Konflik sering muncul ketika otonomi remaja dirasa mengancam orang tua. Ada keluarga yang merespons dengan membuat aturan kaku sehingga remaja kembali ke posisi “anak kecil”, sementara keluarga lain cenderung membiarkan remaja terlalu mandiri hingga berisiko gagal. Orang tua perlu beralih dari peran “pelindung” menjadi “pembekal” agar remaja siap menghadapi tantangan kedewasaan.
- Membantu remaja dalam berhubungan dengan komunitas, Keluarga berperan penting mendampingi remaja bernegosiasi dengan dunia luar, baik sekolah, teman sebaya, maupun lingkungan sosial.
- Fokus kembali pada isu pasangan dan karier paruh baya
Orang tua pada fase ini sering dihadapkan pada kebutuhan generativity, yaitu menjadi individu yang bermanfaat, pasangan yang suportif, dan

mentor bagi generasi berikutnya. Kehadiran remaja yang semakin matang sering kali memicu refleksi orang tua mengenai nilai, gaya hidup, dan karier mereka sendiri. Hal ini bisa menjadi momen pertumbuhan positif, tetapi juga dapat memunculkan pergumulan yang berat.

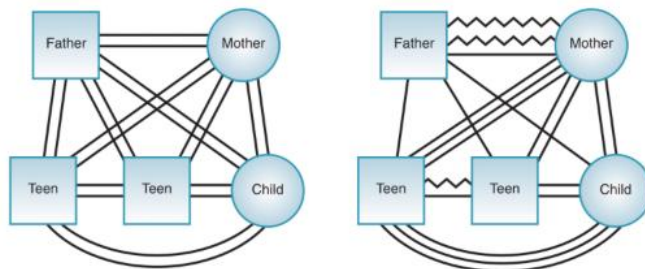
- d) Mulai beralih ke peran merawat generasi lebih tua, Orang tua tidak hanya menghadapi tuntutan remaja yang menginginkan kebebasan, tetapi juga mulai merawat kakek-nenek yang menua. Kondisi ini bisa membuat orang tua, khususnya ibu, berada dalam posisi “terhimpit di tengah”. Namun, hubungan timbal balik antargenerasi dapat menjadi sumber kebijaksanaan dan kepuasan emosional bagi keluarga.

Aspek Keterikatan

Walaupun remaja semakin banyak berinteraksi dengan teman sebaya, keterikatan dalam keluarga tetap penting. Penurunan intensitas hubungan dengan orang tua merupakan hal yang normatif dan sesuai perkembangan. Jaringan sosial remaja yang makin luas tidak menghapus nilai hubungan keluarga, meskipun bentuk keterikatannya berubah. Oleh karena itu, komunikasi terbuka, pengelolaan emosi, serta investasi ulang pada hubungan pernikahan perlu dilakukan oleh orang tua agar keseimbangan keluarga tetap terjaga.

Pertanyaan Reflektif untuk Keluarga

- Hak istimewa apa yang dimiliki remaja sekarang yang tidak ada ketika masih kecil?
- Bagaimana orang tua akan menangani situasi ketika anak perempuan mulai ingin berkencan? Apakah berbeda dengan pengalaman anak laki-laki sebelumnya?
- Dalam skala 1–10, seberapa besar keyakinan orang tua terhadap kemampuan anak menolak narkoba atau mariyuana?



Gambar 4.7 genogram pada sebuah keluarga

- 5) Fase Lima: Meluncurkan Anak-anak dan Melanjutkan Kehidupan di Paruh Baya

Bagi banyak keluarga kelas menengah di Amerika Utara, masa ketika anak-anak telah dewasa sering diasosiasikan dengan kondisi “sarang kosong”.

Namun, harapan ini kini banyak mengalami perubahan. Tidak jarang anak dewasa kembali ke rumah orang tua setelah lulus kuliah, kembali bersama anak-anak mereka setelah perceraian, atau bahkan tidak pernah benar-benar meninggalkan rumah. Faktor ekonomi, seperti biaya perumahan yang tinggi dan gaji awal yang relatif rendah, menjadi salah satu penyebab utama. Selain itu, ada juga fenomena bahwa sebagian anak dewasa merasa kesulitan untuk mandiri sepenuhnya, sehingga memilih untuk tetap tinggal bersama orang tua demi mempertahankan kenyamanan hidup.

Tugas Perkembangan Utama

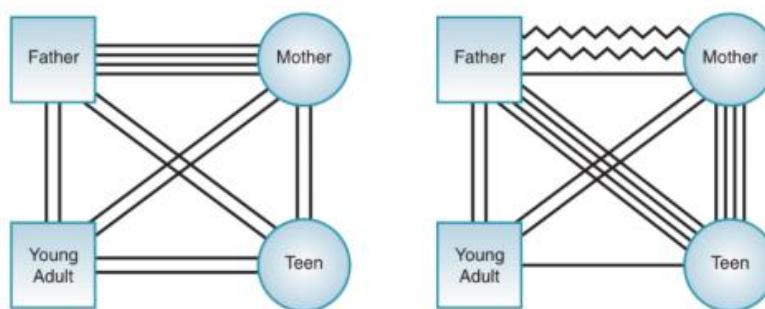
- a) Renegosiasi sistem pasangan sebagai dyad, Dengan berkurangnya tanggung jawab pengasuhan anak, pasangan perlu meninjau kembali hubungan mereka. Ikatan pasangan menjadi lebih menonjol, sehingga keseimbangan antara ketergantungan, kemandirian, dan saling ketergantungan perlu ditata ulang.
- b) Membangun hubungan dewasa-ke-dewasa dengan anak, Pada tahap ini, orang tua dan anak perlu menggeser peran dari hubungan orang tua-anak menjadi hubungan orang dewasa-dewasa. Hal ini mencakup renegosiasi komitmen emosional maupun finansial, terutama ketika anak-anak mulai keluar dari rumah dan pasangan mereka masuk ke dalam sistem keluarga.
- c) Penyesuaian hubungan dengan menantu dan anak dewasa, Orang tua dituntut untuk menerima dan menyesuaikan diri dengan kehadiran pasangan dari anak-anak mereka. Proses ini terkadang penuh tantangan, terutama jika perbedaan latar belakang (agama, ras, etnis, atau orientasi seksual) tidak sesuai dengan ekspektasi keluarga. Namun, penelitian menunjukkan bahwa fase ini tidak selalu menimbulkan "kesepian" bagi orang tua, melainkan justru dapat meningkatkan kepuasan pernikahan.
- d) Penyesuaian hubungan dengan komunitas, Keluarga mulai membangun jaringan sosial baru sesuai dengan konstelasi baru dalam sistem keluarga, yang melibatkan menantu maupun cucu.
- e) Eksplorasi minat dan karier baru, Dengan berkurangnya tanggung jawab pengasuhan, pasangan memiliki kesempatan untuk mengeksplorasi hobi, aktivitas sosial, atau karier baru yang sebelumnya terbatas.
- f) Menghadapi kesehatan, disabilitas, dan kematian orang tua (kakek-nenek)

Tahap ini juga ditandai dengan meningkatnya kebutuhan perawatan bagi orang tua lanjut usia. Meskipun bagi sebagian keluarga hal ini menjadi kesempatan untuk menghargai kontribusi dan kebijaksanaan generasi

terdahulu, masalah dapat muncul apabila ada konflik yang belum terselesaikan. Perubahan fungsi kognitif akibat penyakit seperti Alzheimer sering kali menambah beban emosional dan stres, terutama jika keluarga kurang memahami kondisi tersebut. Oleh karena itu, penting bagi profesional kesehatan mencatat tidak hanya masalah, tetapi juga kekuatan, strategi ketahanan, serta warisan kebijaksanaan lintas generasi.

Aspek Keterikatan

Pada fase ini, setiap anggota keluarga mulai mengembangkan peran baru sesuai dengan tahap kehidupannya. Masalah dapat timbul jika suami dan istri terlalu melekat pada anak terakhir yang masih tinggal di rumah. Pola keterikatan semacam ini sering kali menjadi cara untuk menghindari konflik dalam hubungan pasangan. Oleh karena itu, menyeimbangkan kembali ikatan emosional antara pasangan, anak dewasa, menantu, dan generasi yang lebih tua menjadi sangat penting.



Gambar 5.8 genogram pada sebuah keluarga

Pertanyaan Reflektif untuk Keluarga

- Bagaimana orang tua membantu Anda ketika meninggalkan rumah?
 - Apa perbedaan antara cara Anda meninggalkan rumah dan cara anak Anda meninggalkan rumah?
 - Menurut Anda, apakah hubungan orang tua akan menjadi lebih baik, lebih buruk, atau tetap sama setelah anak-anak meninggalkan rumah?
 - Siapa yang paling merindukan anak-anak setelah mereka pergi: Ibu atau Ayah?
 - Saat melihat anak Anda membangun hubungan baru, apa hal berbeda yang ingin Anda lihat dibandingkan dengan pengalaman Anda sendiri?
 - Jika orang tua Anda masih hidup, adakah hal yang ingin Anda diskusikan dengan mereka?
- 6) Fase Enam: Keluarga di Masa Usia Lanjut

Tahap lansia biasanya dimulai ketika pasangan memasuki masa pensiun dan berlangsung hingga salah satu atau kedua pasangan meninggal dunia.

Namun, awal tahap ini tidak selalu sama bagi setiap keluarga karena dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan kondisi pribadi. Bagi sebagian besar pasangan, tahap ini dapat berlangsung selama 20 hingga 30 tahun.

Secara emosional, fase ini menuntut kemampuan untuk menyesuaikan diri secara fleksibel terhadap perubahan peran antar generasi, sekaligus menumbuhkan penghargaan terhadap kebijaksanaan para lansia.

Pada tahap ini, terdapat beberapa tugas utama keluarga, yaitu:

- a) Mempertahankan atau mengubah fungsi sosial dan minat pribadi di tengah penurunan fisiologis.

Hubungan pernikahan tetap menjadi pusat kehidupan, dan kepuasan pernikahan sangat berperan dalam mempertahankan semangat hidup. Faktor seperti kesehatan, status sosial ekonomi, penghasilan, serta fungsi keluarga sangat memengaruhi kualitas hidup lansia.

Seiring bertambahnya usia, pasangan juga mulai menjalani peran baru sebagai kakek-nenek dan mertua. Mereka perlu memberi ruang bagi pasangan anak-anak mereka dan menyesuaikan diri dengan kehadiran cucu. Tidak jarang muncul kesulitan bila orang tua enggan melepaskan sebagian kekuasaan, misalnya menolak menyerahkan usaha keluarga atau peran pengambilan keputusan. Sebaliknya, generasi pertengahan juga kadang kesulitan menerima menurunnya kemampuan orang tua, entah dengan tetap memperlakukan mereka seolah masih sepenuhnya mampu, atau justru menganggap mereka sudah tidak kompeten sama sekali.

- b) Mendukung peran sentral generasi pertengahan.

Generasi paruh baya mulai memegang kendali dalam keluarga, sehingga lansia dituntut untuk memberi ruang dan tetap menjadi sumber kebijaksanaan, bukan dominasi.

- c) Memberikan tempat bagi kebijaksanaan dan pengalaman lansia.

Dalam keluarga multigenerasi, peran lansia sering kali menjadi rujukan pengalaman hidup. Namun, dukungan terhadap generasi lebih tua harus dilakukan dengan seimbang—tidak berlebihan, tetapi juga tidak mengabaikan mereka.

- d) Menjalani hubungan antar generasi yang saling mendukung.

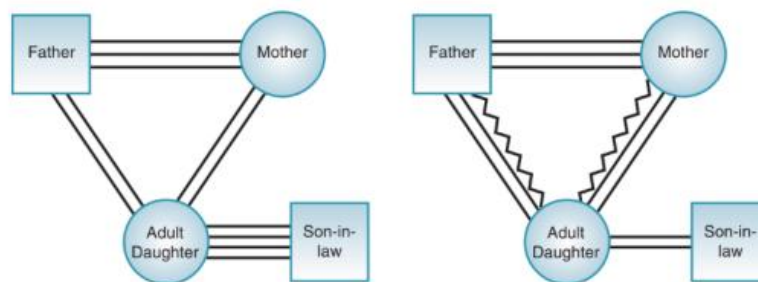
Meningkatnya usia harapan hidup membuat fenomena “perawatan berlapis” semakin nyata, misalnya seorang wanita berusia 90 tahun dirawat oleh putrinya yang berusia 70 tahun, dan mereka hidup dekat dengan anak serta cucu yang berusia 50 tahun.

Generasi “tua-muda” (55–75 tahun) umumnya masih aktif, bersemangat, dan berupaya meningkatkan kualitas hidup melalui aktivitas kesehatan, konseling, maupun pendidikan. Mereka juga memanfaatkan teknologi seperti media sosial dan ponsel untuk tetap menjalin hubungan dengan keluarga. Banyak pula kakek-nenek yang masih aktif berperan dalam pengasuhan cucu.

Dari sisi keterikatan, pasangan lansia menyesuaikan hubungan mereka sesuai dengan tingkat fungsi masing-masing. Pola ketergantungan yang timbal balik dengan generasi berikutnya menjadi penting. Lansia sering kali memiliki kedekatan emosional lebih besar dengan anak perempuan, sehingga ikatan lintas generasi biasanya lebih kuat di jalur tersebut. Namun, konflik pasangan kadang diproyeksikan ke keluarga besar sehingga menimbulkan kesulitan bagi generasi berikutnya.

Untuk memahami pengalaman lansia, perawat dapat mengajukan pertanyaan reflektif seperti:

- (1) “Ketika Anda melihat kembali kehidupan Anda, aspek mana yang paling Anda nikmati?”
- (2) “Apa yang paling memberi kebahagiaan?”
- (3) “Terhadap aspek apa Anda merasa paling menyesal?”
- (4) “Apa harapan Anda agar anak-anak Anda melakukan sesuatu dengan cara yang berbeda atau sama dengan Anda?”
- (5) “Seiring menurunnya kesehatan, rencana apa yang telah Anda buat bersama anak-anak terkait masa depan?”



Gambar 4.9 genogram pada sebuah keluarga

7) Fase Tujuh: Keluarga Menjelang Akhir Kehidupan

Pada fase ini, seseorang harus menghadapi kenyataan mengenai keterbatasan anggota keluarga, kematian, dan penyelesaian satu siklus kehidupan.

- a) Menghadapi kehilangan pasangan, saudara kandung, dan teman sebaya lainnya.

Ini adalah waktu untuk meninjau kembali kehidupan dan menyelesaikan urusan yang belum selesai dengan keluarga, serta dengan hubungan

bisnis dan sosial. Banyak orang merasa terbantu dengan membicarakan kehidupan mereka, meninjau kembali peristiwa-peristiwa hidup, dan menikmati kesempatan untuk menyampaikan informasi ini kepada generasi berikutnya.

- b) Mempersiapkan diri untuk kematian dan warisan.
- c) Mengelola peran yang terbalik dalam merawat antara generasi pertengahan dan generasi yang lebih tua.
- d) Penyesuaian kembali hubungan dengan komunitas yang lebih luas dan sistem sosial untuk mengakui perubahan hubungan dalam siklus kehidupan.

8) Siklus Kehidupan Keluarga Pasca-Perceraian

Perubahan dalam struktur keluarga semakin nyata, ditandai dengan meningkatnya angka perceraian dan bertambahnya keluarga dengan orang tua tunggal. Kondisi ini membawa tantangan tersendiri karena keluarga orang tua tunggal tetap harus menjalankan tugas perkembangan keluarga, seperti pemeliharaan fisik, pengendalian sosial, dan manajemen stres, tetapi dengan sumber daya yang lebih terbatas.

Banyak orang tua tunggal menghadapi kekurangan waktu, tenaga, dan keuangan. Selain itu, mereka sering merasakan tekanan sosial dan budaya untuk kembali menikah demi memberikan anak-anak “keluarga normal” dengan dua orang tua. Tekanan ini dapat menimbulkan dilema, terutama bagi perempuan yang harus menyeimbangkan antara tuntutan menunjukkan kemandirian dan ketegasan dengan harapan masyarakat agar mereka tetap tampil patuh dan siap membina rumah tangga baru.

Dalam konteks ini, perawat berperan penting untuk tidak langsung berasumsi bahwa keluarga orang tua tunggal pasti disfungsional. Sebaliknya, fokus perawat sebaiknya diarahkan pada faktor yang lebih spesifik, seperti sejauh mana orang tua dapat bekerja sama dalam mengasuh anak setelah perceraian. Perawat juga diharapkan mampu membantu orang tua mengelola tekanan sosial, mengembangkan pola asuh yang sehat, serta menjaga hubungan antaranggota keluarga tetap harmonis.

Tidak sedikit keluarga yang justru menunjukkan pertumbuhan positif setelah perceraian. Banyak perempuan melaporkan menjadi lebih mandiri, berani melanjutkan pendidikan, serta memperoleh rasa percaya diri yang lebih tinggi. Faktor ketangguhan (resiliensi) keluarga sangat dipengaruhi oleh hubungan yang erat antara orang tua dan anak, serta dukungan antar

saudara kandung yang biasanya tetap kuat meskipun struktur keluarga berubah.

Lingkungan pengasuhan pasca-perceraian yang sehat ditandai dengan adanya kerja sama antar orang tua, komunikasi terbuka, batasan yang jelas tetapi fleksibel, serta pola asuh yang terlibat dan bersifat otoritatif. Namun, tantangan tetap ada, misalnya ayah yang menjauh dari anak karena konflik dengan mantan istri atau peran yang tidak jelas. Pada kondisi ini, perawat dapat membantu memfasilitasi kesepakatan bersama demi kebaikan anak. Jika konflik antar orang tua sulit dihindari, pendekatan yang dianjurkan adalah menciptakan hubungan “cukup baik”, yaitu dengan menjaga jarak yang sehat, meminimalkan konflik, dan menghindari menarik pihak ketiga dalam permasalahan. Dengan demikian, perceraian tidak selalu berarti keluarga akan kehilangan fungsi utamanya, melainkan dapat menjadi titik awal untuk adaptasi baru, pertumbuhan, dan penguatan ketahanan keluarga.

Tahap Perkembangan Keluarga yang Bercerai dan Menikah Lagi, Perceraian berdampak berbeda pada fungsi keluarga, tergantung pada waktu terjadinya dan kondisi individu yang terlibat. Keretakan rumah tangga bisa muncul secara tiba-tiba atau berlangsung lama, dan dalam kedua situasi tersebut keluarga memerlukan usaha emosional yang besar untuk menghadapi perubahan, kehilangan, dan penyesuaian baru.

Proses perceraian umumnya melalui beberapa tahap perkembangan:

a) Tahap Perceraian

Pada tahap ini, keluarga perlu menerima keputusan untuk berpisah, termasuk mengakui bahwa masalah pernikahan tidak dapat diselesaikan. Penting bagi pasangan untuk menerima peran masing-masing dalam kegagalan pernikahan. Selain itu, mereka harus merencanakan pemisahan sistem keluarga, yang melibatkan pengaturan hak asuh, kunjungan, dan keuangan, serta berhubungan kembali dengan keluarga besar terkait perceraian.

b) Tahap Perpisahan

Pasangan perlu membangun kesediaan untuk tetap bekerja sama dalam mengasuh anak dan mendukung kebutuhan finansial. Pada tahap ini juga muncul pekerjaan emosional, yaitu meratapi kehilangan keluarga, menata ulang hubungan orang tua–anak, serta menyesuaikan diri dengan kehidupan terpisah. Hubungan dengan keluarga besar mantan pasangan juga perlu diatur kembali agar tetap terjalin dengan sehat.

- c) Tahap Perceraian Emosional, Selain aspek hukum dan sosial, perceraian menuntut penyelesaian luka emosional seperti kemarahan, rasa bersalah, atau fantasi untuk kembali bersama. Orang tua perlu melepaskan harapan yang tidak realistis dan membangun kembali identitas serta tujuan hidup di luar pernikahan yang gagal.
- d) Tahap Keluarga Pasca-Cerai, Keluarga orang tua tunggal, baik yang memiliki hak asuh maupun tidak, harus menyesuaikan diri dengan peran barunya. Bagi yang memiliki hak asuh, tanggung jawab finansial, pengaturan kunjungan, dan pembangunan kembali sumber daya ekonomi maupun sosial menjadi tantangan utama. Sementara itu, bagi orang tua tanpa hak asuh, penting untuk tetap terlibat dalam pengasuhan anak, mempertahankan kewajiban finansial, serta membangun kehidupan sosial baru
- e) Tahap Menikah Kembali, Memasuki hubungan baru membutuhkan pemulihan emosional dari pernikahan sebelumnya. Pasangan yang menikah lagi perlu berkomitmen membangun keluarga dengan kesiapan menghadapi kompleksitas, seperti banyaknya peran baru, batasan ruang dan waktu, serta konflik loyalitas dari anak-anak. Pada tahap ini, keterbukaan, kesabaran, dan perencanaan yang matang menjadi kunci untuk membentuk keluarga baru yang sehat.
- f) Tahap Keluarga Tiri yang Terbentuk, Setelah pernikahan kembali, keluarga perlu menerima bahwa model keluarga baru berbeda dari keluarga asal. Struktur dan batasan keluarga perlu direstrukturasikan agar anggota baru dapat diterima, termasuk ayah atau ibu tiri. Selain itu, penting untuk menjaga keterhubungan anak-anak dengan semua orang tua dan keluarga besar dari kedua belah pihak. Berbagi kenangan dan sejarah keluarga dapat memperkuat integrasi keluarga tiri.
- g) Tahap Penyesuaian Jangka Panjang, Seiring berjalannya waktu, keluarga yang menikah kembali harus mampu menegosiasikan kembali peran dan hubungan pada setiap transisi siklus kehidupan, misalnya ketika anak-anak lulus, menikah, atau ketika pasangan menghadapi sakit dan kehilangan. Penerimaan terhadap hubungan yang terus berkembang menjadi bagian penting untuk menjaga stabilitas keluarga di masa depan

**Tabel 4.4 Tugas Perkembangan
untuk Keluarga yang Bercerai dan Menikah Lagi**

Fase	Tugas	Transisi Sikap yang Diperlukan	Isu Perkembangan
Perceraian	Keputusan untuk bercerai	Penerimaan atas ketidakmampuan menyelesaikan masalah pernikahan secara memadai untuk melanjutkan hubungan	Penerimaan atas peran diri sendiri dalam kegagalan pernikahan
	Merencanakan perpisahan system	Mendukung pengaturan yang layak untuk semua bagian dari sistem	1. Bekerja sama dalam masalah hak asuh, kunjungan, dan keuangan 2. Berurusan dengan keluarga besar terkait perceraian
Perpisahan		1. Kesiediaan untuk melanjutkan hubungan pengasuhan bersama secara kooperatif dan dukungan keuangan bersama untuk anak-anak 2. Bekerja untuk menyelesaikan keterikatan dengan pasangan	1. Meratapi kehilangan keluarga asal 2. Menata ulang hubungan pernikahan, orang tua-anak, dan keuangan; adaptasi terhadap hidup terpisah 3. Penyesuaian kembali hubungan dengan keluarga besar; tetap terhubung dengan keluarga besar mantan pasangan
Perceraian	Bekerja pada perceraian emosional: mengatasi luka, kemarahan,	1. Meratapi kehilangan keluarga asal; melepaskan fantasi reuni	

	rasa bersalah, dll.	2. Mengambil kembali harapan, mimpi, harapan dari pernikahan 3. Tetap terhubung dengan keluarga besar	
Keluarga pasca-cerai	Orang tua tunggal (mengurus rumah tangga utama atau tempat tinggal utama)	Kesediaan untuk mempertahankan tanggung jawab keuangan, melanjutkan kontak orang tua dengan mantan pasangan, dan mendukung kontak anak dengan mantan pasangan serta keluarganya	1. Membuat pengaturan kunjungan yang fleksibel dengan mantan pasangan dan keluarga 2. Membangun kembali sumber daya keuangan sendiri 3. Membangun kembali jaringan sosial sendiri
Orang tua tunggal (tidak memiliki hak asuh)	Menjadi orang tua tunggal (tanpa hak asuh)	Kesediaan untuk mempertahankan tanggung jawab finansial dan kontak sebagai orang tua dengan mantan pasangan, serta mendukung hubungan orang tua yang memiliki hak asuh dengan anak-anak	1. Menemukan cara untuk melanjutkan pengasuhan yang efektif 2. Mempertahankan tanggung jawab finansial terhadap mantan pasangan dan anak-anak 3. Membangun kembali jaringan sosial pribadi
Menikah kembali	Memasuki hubungan baru	Pulih dari kehilangan pernikahan pertama (perceraian emosional yang memadai)	Komitmen ulang terhadap pernikahan dan membentuk keluarga dengan kesiapan untuk menghadapi kompleksitas dan ketidakpastian

Masuk ke hubungan baru	Pemulihan dari kehilangan pernikahan pertama (perceraian emosional yang memadai)	Komitmen ulang untuk menikah dan membentuk keluarga dengan kesiapan menghadapi kompleksitas dan ketidakpastian	
Konseptualisasi dan perencanaan pernikahan serta keluarga baru	Menerima ketakutan diri sendiri dan pasangan baru serta anak-anak tentang membentuk keluarga baru - Menerima perlunya waktu dan kesabaran untuk beradaptasi dengan kompleksitas dan ketidakpastian dalam hal: 1. Banyaknya peran baru 2. Batasan: ruang, waktu, keanggotaan, dan otoritas 3. Isu afektif: rasa bersalah,	1. Membangun keterbukaan dalam hubungan baru untuk menghindari hubungan semu 2. Merencanakan pemeliharaan hubungan keuangan dan pengasuhan yang kooperatif dengan mantan pasangan 3. Merencanakan bantuan kepada anak-anak dalam menghadapi ketakutan, konflik loyalitas, dan keanggotaan dalam dua sistem keluarga 4. Menyelaraskan kembali hubungan dengan keluarga besar agar mencakup pasangan dan anak-anak baru 5. Merencanakan pemeliharaan hubungan anak-anak dengan	

	konflik loyalitas, keinginan untuk saling mendukung, dan luka masa lalu yang belum terselesaikan	keluarga besar dari mantan pasangan	
Menikah kembali dan membangun ulang keluarga	-	Penyelesaian keterikatan dengan pasangan sebelumnya dan idealisme terhadap keluarga yang asli; Penerimaan model keluarga yang berbeda dengan batasan yang lebih fleksibel	1. Merestrukturisasi batasan keluarga untuk memungkinkan masuknya pasangan baru/ayah atau ibu tiri 2. Penyesuaian kembali hubungan dan pengaturan keuangan untuk mengizinkan keterhubungan beberapa sistem keluarga 3. Memberi ruang untuk hubungan semua anak dengan semua orang tua, kakek-nenek, dan anggota keluarga besar lainnya 4. Berbagi kenangan dan sejarah keluarga untuk

			memperkuat integrasi keluarga tiri
	Renegosiasi keluarga yang menikah kembali dalam semua transisi siklus hidup di masa depan	Menerima hubungan yang terus berkembang dari keluarga yang telah berubah karena pernikahan kembali	1. Perubahan saat setiap anak lulus, menikah, meninggal, atau jatuh sakit 2. Perubahan saat masing-masing pasangan membentuk hubungan pasangan baru, menikah kembali, pindah, jatuh sakit, atau meninggal

Sumber: diolah

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga

- "Bagaimana Anda menjelaskan kepada diri sendiri alasan perceraian Anda?"
- "Siapa yang menginisiasi ide perceraian? Siapa yang meninggalkan siapa?"
- "Siapa yang paling mendukung dalam mengembangkan pengaturan yang layak bagi semua orang dalam keluarga? Bagaimana mantan suami Anda, Luis, menunjukkan kesediaannya untuk melanjutkan hubungan kerja sama sebagai orang tua bersama dengan Anda? Bagaimana Anda menanggapi hal ini?"
- "Saat Anda mengubah keterikatan Anda terhadap Luis, perubahan apa yang Anda perhatikan pada anak-anak Anda? Apa yang akan dikatakan mertua Anda tentang bagaimana Anda telah mendukung hubungan anak-anak Anda dengan mereka? Apa yang akan dikatakan anak-anak Anda?"

9) Siklus Kehidupan Keluarga Non-Tradisional

Selain keluarga inti yang terbentuk dari pernikahan pertama, banyak bentuk keluarga lain yang juga memiliki dinamika dan tantangan tersendiri. Perawat perlu memahami hal ini agar mampu memberikan asuhan yang peka dan tepat.

a) Keluarga yang Menikah Kembali (Keluarga Tiri)

Keluarga tiri terbentuk setelah perceraian atau kematian pasangan, kemudian salah satu atau kedua orang tua menikah lagi. Transisi ini sering diwarnai oleh ketakutan, konflik loyalitas anak, serta reaksi dari keluarga besar dan mantan pasangan. Tidak seperti keluarga biologis, batas peran dalam keluarga tiri sering tidak jelas.

b) Keluarga dengan Kondisi Sosial Ekonomi Rendah

Pada keluarga yang hidup dalam kemiskinan, siklus kehidupan sering berlangsung lebih cepat dibandingkan keluarga kelas menengah. Madsen (2013) menyebutkan tiga tahap utama:

(1) Remaja dan masa dewasa awal

(2) Menjalinkan hubungan dan membesarkan anak kecil

(3) Keluarga di masa tua

Perawat perlu mempertimbangkan faktor etnis, agama, sosial ekonomi, dan lingkungan karena hal ini memengaruhi kapan dan bagaimana transisi keluarga terjadi.

c) Keluarga Adopsi

Adopsi memperluas batas keluarga dengan memasukkan anak dari orang tua biologis ke dalam keluarga angkat. Status hukum baru tidak memutuskan ikatan psikologis dengan keluarga asal, melainkan membentuk jaringan kekerabatan baru.

(1) Adopsi bisa bersifat terbuka atau tertutup, masing-masing memiliki manfaat bagi orang tua kandung, orang tua angkat, dan anak.

(2) Tantangan yang mungkin muncul meliputi identitas anak, perbedaan budaya, dan kesulitan menyesuaikan diri di masa remaja.

(3) Perawat berperan dalam membantu keluarga mengelola kehilangan, menghargai perbedaan, dan memperkuat identitas anak angkat.

d) Keluarga LGBTQITT (Lesbian, Gay, Biseksual, Queer, Interseks, Transgender, Twin-Spirited)

Keluarga dengan pasangan sesama jenis juga memiliki dinamika khusus. Siklus kehidupan tradisional mungkin tidak sepenuhnya sesuai karena keluarga ini sering menghadapi diskriminasi sosial dan kurangnya dukungan keluarga asal.

- (1) Tantangan umum: identitas anak remaja, konflik dengan keluarga asal, dan stigma masyarakat.
- (2) Kekuatan yang sering dimiliki: solidaritas, kemampuan beradaptasi, dan membangun keluarga pilihan (chosen family).
- (3) Perawat diharapkan bersikap inklusif, peka terhadap perbedaan, serta menghindari bias yang bisa memperburuk ketegangan keluarga.

c. Fungsional

Penilaian fungsional keluarga berkaitan dengan bagaimana individu sebenarnya (actually) berperilaku satu sama lain. Ini adalah aspek saat-ini dari kehidupan keluarga yang diamati dan yang diperlihatkan oleh keluarga tersebut. Ada dua aspek dasar dari fungsi keluarga:

1) Instrumental

Fungsi instrumental keluarga mencakup aktivitas rutin sehari-hari, seperti makan, tidur, menyiapkan makanan, memberikan obat, atau merawat luka. Pada keluarga dengan anggota yang sakit, fungsi ini menjadi semakin penting karena rutinitas harus disesuaikan dengan kondisi kesehatan.

Contohnya:

- a) Pasien lumpuh membutuhkan bantuan hampir di semua aktivitas dasar.
- b) Orang tua bayi dengan monitor apnea harus bergantian berjaga.
- c) Lansia yang kesulitan mengatur obat memerlukan dukungan anggota keluarga lain.

Bagi perawat, penting untuk memahami bagaimana rutinitas keluarga ini berubah agar intervensi kesehatan dapat disesuaikan tanpa menambah beban. Perawatan yang diberikan pasangan lanjut usia kepada pasangan sakit, misalnya, seringkali terasa lebih berat dibandingkan anak atau pasien itu sendiri. Karena itu, perawat perlu melihat proses perawatan sebagai rangkaian yang berkesinambungan, menyesuaikan dukungan di setiap tahap penyakit, serta membantu keluarga menemukan ketahanan sekaligus area yang memerlukan bantuan.

2) Ekspresif

Fungsi ekspresif berkaitan dengan pola interaksi dan komunikasi antar anggota keluarga. Ada sembilan aspek utama, yaitu:

- a) Komunikasi emosional
- b) Komunikasi verbal
- c) Komunikasi nonverbal
- d) Komunikasi sirkuler
- e) Pemecahan masalah
- f) Peran

- g) Pengaruh dan kekuasaan
- h) Keyakinan
- i) Aliansi dan koalisi

Aspek ini membantu memahami bagaimana keluarga mengekspresikan perasaan, membagi peran, mengambil keputusan, serta mengatasi masalah. Perawat perlu mengingat bahwa penilaian tidak semata-mata didasarkan pada "standar kesehatan emosional," melainkan pada bagaimana keluarga menilai dirinya sendiri. Pengecualian berlaku pada masalah serius seperti kekerasan atau pelecehan.

Masalah instrumental (aktivitas sehari-hari seperti makan atau perawatan luka) sering kali berkaitan dengan masalah ekspresif (peran, komunikasi, pengambilan keputusan). Jika keluarga gagal mengelola tugas instrumental, biasanya ada kesulitan ekspresif yang mendasari.

Dalam praktik, perawat lebih menekankan interaksi antar anggota keluarga dibanding individu. Keluarga dipandang sebagai sebuah sistem di mana setiap anggota saling memengaruhi. Wawancara keluarga memungkinkan perawat mengamati pola komunikasi spontan dan bagaimana masalah kesehatan berdampak pada hubungan keluarga, atau sebaliknya.

Pendekatan postmodernis dalam keperawatan keluarga menekankan kolaborasi. Perawat tidak menilai keluarga secara objektif, melainkan bersama-sama dengan keluarga membangun pemahaman baru tentang kehidupan mereka. Bahkan hal-hal kecil, seperti kata atau isyarat, bisa membuka makna baru. Tugas perawat adalah memfasilitasi percakapan yang sehat, bukan memberi label atau menghakimi perilaku keluarga.

Tabel 4.5. Fungsi ekspresif

Aspek	Definisi Singkat	Indikator/ Karakteristik	Contoh Pertanyaan Asesmen
1. Komunikasi emosional	Cara keluarga mengekspresikan perasaan. Pola ekspresi emosi dalam keluarga dapat mencerminkan kesehatan emosional mereka. Keluarga yang sehat umumnya mampu	Variasi emosi (senang, sedih, marah); keterbukaan vs kekakuan.	"Siapa di keluarga yang biasanya mengekspresikan perasaan lebih dulu?"

	mengekspresikan beragam emosi (senang, sedih, marah) secara wajar dan saling memahami perasaan masing-masing. Sebaliknya, keluarga yang mengalami masalah emosional cenderung menunjukkan pola kaku, misalnya hanya marah tetapi jarang menunjukkan kasih sayang. Dalam praktik keperawatan, perawat dapat menilai bagaimana perasaan diekspresikan dan bagaimana anggota keluarga merespons emosi satu sama lain.		
2. Komunikasi verbal	Pertukaran pesan melalui kata-kata (lisan/tertulis). Komunikasi verbal berfokus pada makna kata-kata yang digunakan dalam interaksi. Pesan dapat bersifat langsung dan jelas atau sebaliknya terselubung dan beralih sasaran. Keluarga yang sehat cenderung terbuka dan mampu menyampaikan maksudnya secara jelas. Perawat perlu memperhatikan apakah ada perbedaan antara yang dikatakan dengan makna sesungguhnya, karena hal ini dapat memengaruhi dinamika	Pesan langsung/jelas vs terselubung/teralihkan.	"Siapa yang paling jelas dan langsung dalam berbicara di keluarga Anda?"

	keluarga dan pemahaman terhadap masalah kesehatan.		
3. Komunikasi nonverbal	Pesan melalui ekspresi wajah, gerakan, kontak mata, nada suara. Pesan nonverbal meliputi ekspresi wajah, postur, kontak mata, sentuhan, serta nada suara. Sering kali komunikasi nonverbal lebih jujur daripada kata-kata. Misalnya, anggota keluarga yang menangis saat membicarakan masalah kesehatan menunjukkan ekspresi emosional yang penting untuk dipahami. Perawat perlu peka terhadap makna yang terkandung dalam komunikasi nonverbal dan mengaitkannya dengan komunikasi verbal	Konsistensi dengan komunikasi verbal; dipengaruhi budaya.	"Bagaimana Anda tahu ketika ayah sedang marah atau sedih tanpa dia mengucapkannya?"
4. Komunikasi sirkular	Pola interaksi timbal balik yang berulang. Interaksi keluarga bersifat timbal balik, di mana perilaku satu anggota akan memengaruhi anggota lain, dan sebaliknya. Pola ini bisa positif (misalnya saling mendukung) atau negatif (misalnya istri mengkritik → suami menghindar → istri semakin marah). Perawat perlu mengenali	Dapat positif (saling mendukung) atau negatif (kritik–menghindar).	"Apa yang biasanya terjadi setelah ibu mengkritik ayah?"

	pola sirkular ini agar dapat membantu keluarga memahami bagaimana interaksi mereka memengaruhi kesejahteraan emosional dan kesehatan.		
5. Pemecahan masalah	Cara keluarga menghadapi dan menyelesaikan masalah. Kemampuan keluarga memecahkan masalah merupakan indikator penting fungsi adaptif mereka. Keluarga yang efektif mampu mengidentifikasi masalah, mengomunikasikannya, serta mencari solusi bersama. Dalam konteks kesehatan, perawat dapat menilai apakah keluarga bekerja sama dalam menghadapi masalah medis, atau justru terjadi konflik dan kebingungan	Identifikasi masalah, strategi penyelesaian, keterlibatan anggota.	"Jika ada masalah mendadak, siapa yang biasanya memberi keputusan?"
6. Peran	Fungsi dan tanggung jawab tiap anggota keluarga. Setiap keluarga memiliki peran formal (ayah sebagai pencari nafkah, ibu sebagai pengasuh) maupun informal (anak sebagai "penengah" konflik). Peran yang fleksibel menunjukkan kesehatan keluarga, sedangkan peran kaku	Peran formal/informal; fleksibilitas dalam perubahan peran.	"Siapa yang biasanya mengurus anak ketika ibu bekerja?"

	atau timpang dapat menimbulkan masalah. Misalnya, anak yang dipaksa mengambil peran dewasa (parentification) berpotensi mengalami beban emosional.		
7. Pengaruh dan kekuasaan	Mekanisme kontrol dan pengambilan keputusan. Mekanisme pengaruh dan kekuasaan mencakup siapa yang memiliki otoritas dalam keluarga, bagaimana keputusan diambil, dan apakah pengaruh digunakan secara sehat atau otoriter. Keseimbangan kekuasaan mendukung komunikasi efektif, sementara dominasi salah satu pihak dapat menghambat keterbukaan. Dalam asesmen, perawat menilai pola pengambilan keputusan dalam keluarga	Siapa yang dominan; penggunaan otoritas secara sehat/bermasalah.	"Siapa yang paling menentukan keputusan besar di keluarga?"
8. Keyakinan	Nilai, kepercayaan, dan makna hidup keluarga. Nilai dan kepercayaan keluarga memengaruhi bagaimana mereka memahami kesehatan, penyakit, dan perawatan. Misalnya, keluarga dengan keyakinan spiritual yang kuat mungkin lebih menerima penderitaan sebagai ujian, sedangkan yang lain mungkin melihat	Kepercayaan agama, budaya, spiritualitas, pandangan tentang kesehatan/penyakit.	"Apa keyakinan keluarga Anda tentang penyebab penyakit?"

	penyakit sebagai akibat pola hidup. Perawat perlu menghargai sistem keyakinan keluarga agar intervensi kesehatan dapat lebih diterima.		
9. Aliansi dan koalisi	Ikatan/kelompok dalam keluarga yang saling mendukung. Aliansi adalah kedekatan antar dua anggota keluarga, sedangkan koalisi dapat berupa pengelompokan yang menyingkirkan anggota lain. Aliansi yang sehat memperkuat dukungan emosional, tetapi koalisi yang negatif (misalnya ibu dan anak bersekutu melawan ayah) dapat melemahkan fungsi keluarga. Perawat dapat membantu keluarga menyadari pola aliansi dan dampaknya terhadap keseimbangan hubungan.	Kedekatan antara dua anggota vs pengelompokan yang mengecualikan anggota lain.	Siapa yang paling dekat satu sama lain di keluarga Anda?"

Sumber: di olah

B. Model Intervensi Keluarga Calgary (CFIM)

1. Pengertian

Calgary Family Intervention Model (CFIM) adalah kerangka yang membantu perawat memahami dan menyesuaikan intervensi dengan fungsi keluarga. Model ini menekankan keterpaduan antara area fungsi keluarga dengan intervensi yang dipilih. Fokus utama CFIM adalah mempromosikan, memperbaiki, dan mempertahankan fungsi keluarga yang sehat dalam tiga domain, yaitu kognitif, afektif, dan perilaku.

Perubahan dalam satu domain dapat memengaruhi domain lain. Misalnya, perubahan keyakinan keluarga (kognitif) seringkali menjadi dasar perubahan

yang lebih mendalam dan bertahan lama. Karena itu, perawat perlu memberi perhatian khusus pada bagaimana keluarga berpikir dan memaknai pengalaman sakit yang mereka alami.

CFIM menekankan bahwa intervensi hanya efektif bila dilakukan dalam hubungan yang bersifat kolaboratif. Perawat tidak boleh bersikap menginstruksikan atau memaksakan perubahan, tetapi perlu mengajak, mendukung, dan memfasilitasi keluarga untuk menemukan kekuatan mereka sendiri. Keterbukaan keluarga terhadap intervensi sangat dipengaruhi oleh pengalaman mereka sebelumnya, baik dengan sesama anggota keluarga maupun dengan tenaga kesehatan.

Contoh intervensi dapat diberikan sesuai domain. Pada domain kognitif, intervensi berupa pemberian informasi atau edukasi kesehatan. Pada domain afektif, perawat membantu keluarga mengelola emosi melalui validasi perasaan dan komunikasi empatik. Sedangkan pada domain perilaku, perawat dapat memfasilitasi perubahan tindakan nyata, seperti latihan keterampilan atau pembagian peran dalam keluarga.

Sebagai kesimpulan, CFIM bukanlah daftar intervensi yang kaku, melainkan sebuah kerangka yang menekankan kesesuaian antara kebutuhan keluarga dengan intervensi yang ditawarkan. Setiap keluarga dipandang unik, sehingga intervensi perlu disesuaikan agar benar-benar membantu mengurangi penderitaan dan memperkuat ketahanan keluarga.

2. Pertanyaan Intervensi

Salah satu intervensi sederhana namun sangat kuat dalam keperawatan keluarga adalah penggunaan pertanyaan intervensi. Pertanyaan ini dirancang untuk memfasilitasi perubahan pada domain kognitif, afektif, maupun perilaku keluarga. Namun, yang lebih penting dari jenis pertanyaan adalah kapan, bagaimana, dan mengapa pertanyaan itu diajukan.

Menurut Tomm (1987, 1988), terdapat dua jenis pertanyaan utama:

- a. Pertanyaan Linear bersifat investigatif, bertujuan mengumpulkan informasi bagi perawat.

Contoh: "Kapan Anda menyadari perubahan pola makan putri Anda?"

Pertanyaan ini membantu menggali riwayat masalah, tetapi cenderung terbatas pada sebab-akibat.

- b. Pertanyaan Sirkular bersifat generatif, bertujuan mengungkap hubungan, makna, serta mendorong perubahan pemahaman keluarga.

Contoh: "Siapa yang paling khawatir tentang kondisi Cheyenne, dan bagaimana ia menunjukkannya?"

Pertanyaan ini membuka wawasan baru, memunculkan pemahaman berbeda, dan seringkali mengubah cara keluarga memandang masalah.

Dengan demikian, pertanyaan linear memberi informasi bagi perawat, sedangkan pertanyaan sirkular memberi wawasan baru bagi keluarga sekaligus menjadi bentuk intervensi itu sendiri.

Jenis Pertanyaan Sirkular dalam Asuhan Keperawatan Keluarga

Dalam praktik keperawatan keluarga, komunikasi terapeutik tidak hanya berfokus pada pengumpulan informasi, tetapi juga bertujuan untuk menggali makna, pengalaman, serta pola interaksi antaranggota keluarga. Salah satu pendekatan yang dapat digunakan adalah pertanyaan sirkular yang dikembangkan oleh Tomm (1987). Pertanyaan ini bersifat reflektif dan eksploratif, sehingga membantu keluarga memahami dinamika hubungan, membangun kesadaran baru, serta membuka peluang perubahan positif. Terdapat tiga jenis utama pertanyaan sirkular, yaitu pertanyaan perbedaan, pertanyaan efek-perilaku, dan pertanyaan hipotetis (future-oriented).

1) Pertanyaan Perbedaan

Pertanyaan perbedaan digunakan untuk mengeksplorasi variasi dalam diri individu, hubungan, waktu, ide, atau keyakinan. Pertanyaan ini memungkinkan keluarga membandingkan pengalaman atau persepsi mereka sehingga memunculkan perspektif baru. Misalnya, perawat dapat bertanya tentang informasi apa yang paling membantu keluarga dalam menghadapi suatu penyakit (kognitif), siapa yang paling merasa khawatir terhadap suatu kondisi kesehatan (afektif), atau siapa yang paling berperan dalam membantu menjalankan perawatan (perilaku). Pertanyaan ini memberi ruang bagi anggota keluarga untuk menyadari perbedaan peran, perasaan, maupun pengetahuan yang mereka miliki.

2) Pertanyaan Efek-Perilaku

Jenis pertanyaan ini berfokus pada dampak perilaku satu anggota keluarga terhadap anggota lain. Dengan cara ini, perawat dapat membantu keluarga memahami konsekuensi interaksi mereka. Misalnya, keluarga dapat diajak merefleksikan bagaimana mereka menafsirkan sikap salah satu anggota yang jarang hadir dalam situasi tertentu (kognitif), bagaimana perasaan yang muncul ketika menyaksikan reaksi emosional anggota keluarga lain (afektif), atau bagaimana tindakan nyata yang diambil saat menghadapi ketidakhadiran atau keterlibatan anggota tertentu (perilaku). Pertanyaan ini menyoroti saling keterhubungan antaranggota keluarga dan membantu mengidentifikasi pola interaksi yang perlu diperkuat atau diubah.

3) Pertanyaan Hipotetis (Future-Oriented)

Pertanyaan hipotetis digunakan untuk mengeksplorasi pilihan, makna, dan kemungkinan yang dapat terjadi di masa depan. Pertanyaan ini mengajak keluarga membayangkan berbagai skenario, sehingga dapat menyiapkan strategi adaptasi. Misalnya, perawat dapat menanyakan apa yang akan terjadi jika suatu perawatan medis tetap menimbulkan rasa sakit (kognitif), bagaimana suasana hati anggota keluarga jika upaya penyembuhan tidak berhasil (afektif), atau perilaku baru apa yang mungkin dilakukan jika perawatan berlangsung lebih lama (perilaku). Pertanyaan hipotetis membuka kesempatan bagi keluarga untuk melihat alternatif, mengantisipasi hambatan, dan memperkuat ketahanan (resilience).

Secara keseluruhan, penggunaan pertanyaan sirkular dalam keperawatan keluarga tidak hanya bertujuan memperoleh informasi, tetapi juga mendorong kesadaran, refleksi, dan perubahan dalam sistem keluarga. Pertanyaan-pertanyaan ini membantu perawat bekerja secara kolaboratif dengan keluarga untuk menggali dinamika interaksi, memahami pengalaman secara lebih mendalam, serta memfasilitasi munculnya solusi yang bermakna (Wright & Leahey's, 2019)

C. Model Teori Transcultural Nursing Leininger (asuhan berbasis budaya).

1. Pengertian

Transcultural nursing adalah bidang keilmuan dan praktik keperawatan yang fokus pada studi perbandingan dan analisis budaya dan sub-budaya di seluruh dunia, terutama terkait dengan nilai-nilai, kepercayaan, pola hidup, dan cara pandang tentang sehat-sakit. Tujuannya agar perawatan keperawatan bisa sesuai budaya (culturally congruent care)(Değer, 2018).

Leininger menyebut teori ini sebagai *Culture Care Theory (Culture Care Diversity and Universality)*. Dia menyatakan bahwa ada elemen-unik dan elemen-universal dalam cara orang dirawat yang dipengaruhi budaya mereka(NursingTheory.org., 2013).

Dalam konteks lokal (Indonesia), teori ini diterjemahkan sebagai keperawatan yang menghargai dan memfasilitasi nilai budaya klien/famili serta memperhitungkan perbedaan dan persamaan budaya dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan.

Tabel 4.6 Konsep Utama Transcultural Nursing Leininger

Konsep	:	Definisi/ Penjelasan
Culture	:	Nilai-nilai yang dipelajari, dibagi, dan ditransmisikan antar generasi; kepercayaan; norma; cara hidup (lifeways) dari suatu kelompok budaya yang membentuk cara berpikir, keputusan, dan tindakan.
Culture Care	:	Aspek budaya yang mempengaruhi dan membantu individu / kelompok untuk mempertahankan kesehatan, menangani penyakit, atau menghadapi kematian, melalui nilai, kepercayaan, dan pola hidup budaya.
Culture Care Diversity	:	Variasi dalam cara orang memahami, menyatakan, dan menerima perawatan dalam budaya yang berbeda.
Culture Care Universality	:	Unsur perawatan yang umum atau serupa di berbagai budaya, meskipun cara ekspresinya bisa berbeda.

Sumber: diolah

2. Komponen utama

Menurut Madeleine Leininger, perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai budaya (*culturally congruent care*) melalui tiga mode utama, yaitu:

a. Cultural Preservation / Maintenance

Mode ini menekankan pada pemeliharaan dan pelestarian praktik budaya yang memiliki dampak positif bagi kesehatan individu maupun kelompok. Perawat berupaya mendukung nilai, kepercayaan, dan praktik tradisional klien yang bermanfaat dalam menjaga kesehatan, mencegah penyakit, atau mempercepat penyembuhan.

Contoh:

Jika dalam suatu budaya terdapat kebiasaan ibu hamil mengonsumsi makanan bergizi tertentu (misalnya sayuran hijau, susu, atau jamu tradisional yang aman), maka perawat dapat mendorong praktik tersebut untuk dipertahankan karena mendukung kesejahteraan ibu dan janin.

b. Cultural Accommodation / Negotiation

Mode ini berfokus pada penyesuaian atau negosiasi perawatan antara perawat dan klien. Tujuannya adalah memungkinkan klien untuk tetap menjalankan praktik budaya mereka, namun tetap sesuai dengan kebutuhan medis dan standar keselamatan kesehatan.

Contoh:

Seorang pasien pasca operasi memiliki kebiasaan budaya untuk meminum ramuan herbal. Perawat tidak langsung melarang, tetapi berdiskusi dan bernegosiasi, misalnya memperbolehkan ramuan tersebut diminum pada jam tertentu asalkan tidak mengganggu efektivitas obat medis.

c. Cultural Repatterning / Restructuring

Mode ini mengacu pada perubahan atau restrukturisasi pola budaya yang dianggap berisiko atau merugikan kesehatan. Perawat berperan membantu klien memodifikasi atau mengganti kebiasaan budaya tersebut dengan cara yang lebih sehat, namun tetap menghargai nilai budaya mereka.

Contoh:

Dalam suatu budaya, ibu hamil dilarang makan protein hewani tertentu karena dianggap tabu. Perawat dapat memberikan edukasi mengenai pentingnya protein untuk pertumbuhan janin, lalu membantu keluarga menemukan alternatif makanan berprotein yang tetap sesuai nilai budaya mereka, sehingga pola makan bisa lebih sehat tanpa menimbulkan konflik budaya.

Tabel 4.7. tiga mode utama Transcultural Nursing Leininger

Mode Pelaksanaan	Mode Pelaksanaan	Mode Pelaksanaan
Cultural Preservation / Maintenance	Upaya perawat mempertahankan atau melestarikan praktik budaya yang bermanfaat bagi kesehatan klien.	1. Ibu hamil di Jawa memiliki kebiasaan minum jamu kunyit asam untuk menjaga stamina; perawat mendukung selama jamu aman dan tidak mengganggu kesehatan. 2. Keluarga yang terbiasa melakukan doa bersama sebelum tindakan medis, perawat memfasilitasi praktik tersebut. (Frome Museum., 2021; NursingTheory.org., 2013)
Cultural Accommodation / Negotiation	Upaya perawat menyesuaikan atau menegosiasi praktik budaya	1. Pasien pasca operasi ingin tetap menggunakan ramuan herbal; perawat berdiskusi agar ramuan

	agar selaras dengan kebutuhan medis dan keselamatan.	dikonsumsi pada waktu yang tidak mengganggu efektivitas obat medis. 2. Keluarga ingin tetap melakukan pijat tradisional pada bayi, perawat mengarahkan agar dilakukan dengan cara yang aman. (Frome Museum., 2021; NursingTheory.org., 2013)
Cultural Repatterning / Restructuring	Upaya perawat membantu klien memodifikasi atau mengubah praktik budaya yang berisiko kesehatan ke arah yang lebih sehat.	1. Dalam budaya tertentu, ibu nifas dilarang makan telur atau ikan; perawat memberi edukasi dan membantu keluarga menemukan cara agar asupan protein tetap terpenuhi. 2. Keluarga melarang imunisasi karena kepercayaan tertentu, perawat melakukan pendekatan edukatif agar imunisasi tetap dilakukan. (Frome Museum., 2021; NursingTheory.org., 2013)

Sumber: diolah

3. Aplikasi dalam keperawatan keluarga

Teori Leininger menekankan bahwa asuhan harus *culturally congruent* selaras dengan nilai, kepercayaan, dan praktik budaya klien/keluarga. Dalam konteks keperawatan keluarga, perawat bekerja bukan hanya dengan individu tetapi dengan sistem keluarga (decision-makers, caregiver, struktur peran). Tiga mode utama yang dapat dipilih atau digabungkan adalah: Cultural Preservation (Maintenance), Cultural Accommodation (Negotiation), dan Cultural Repatterning (Restructuring).

Sebelum memilih mode, lakukan pengkajian budaya keluarga yang komprehensif. Gunakan format singkat berikut (dapat dipakai saat kunjungan rumah):

a. Pertanyaan inti pengkajian budaya keluarga

- 1) Siapa decision-maker utama keluarga terkait kesehatan?
- 2) Adakah larangan/ pantangan makanan/obat/ tindakan saat hamil/nifas/penyakit? Sebutkan.
- 3) Praktik ritual / terapi tradisional apa yang sering dilakukan keluarga? (jamu, ramuan, pijat, dukun, dlsb.)
- 4) Keyakinan keluarga tentang penyebab penyakit dan cara penyembuhan?

- 5) Bahasa/istilah lokal yang dipakai saat berbicara tentang kesehatan?
 - 6) Sumber dukungan sosial (keluarga besar, tokoh agama, dukun, posyandu)?
 - 7) Pengalaman buruk di layanan kesehatan yang memengaruhi kepercayaan?
 - 8) Adakah hambatan logistik/ekonomi yang memengaruhi akses layanan?
- b. Observasi: interaksi antar anggota keluarga; peran gender; kondisi rumah; ketersediaan makanan bergizi; praktik kebersihan; relasi dengan tenaga kesehatan.

Data pengkajian ini menentukan apakah fokusnya memelihara praktik budaya, menegosiasikan penyesuaian, atau membantu merombak praktik yang membahayakan.

1) Cultural Preservation / Maintenance (Pemeliharaan Budaya)

Komponen	Uraian
Definisi singkat	Mendukung dan mempertahankan praktik budaya yang bermanfaat bagi kesehatan keluarga.
Tujuan	Mempertahankan praktik budaya positif sehingga meningkatkan kepatuhan dan hasil kesehatan tanpa mengorbankan keselamatan medis.
Pengkajian khusus	1. Identifikasi praktik budaya yang berkontribusi pada kesehatan (contoh: makanan bergizi tradisional, dukungan sosial ritual, teknik pijat aman). 2. Pastikan praktik tersebut tidak berkonflik dengan intervensi medis.
Contoh Diagnosa Keluarga	1. Defisit pengetahuan tentang perawatan kehamilan — tetapi keluarga tetap mendukung praktik budaya yang membantu (perlu edukasi tambahan). 2. b) Risiko nutrisi tidak adekuat — tetapi keluarga memiliki praktik konsumsi pangan tradisional yang kaya zat besi (potensi untuk dipertahankan).
Intervensi & Langkah Implementasi	1. Validasi & Penguatan → Dengarkan praktik budaya, akui nilai emosionalnya. a. <i>Langkah</i>: Komunikasi empatik; ulangi praktik yang diutarakan; beri pujian saat praktik aman. b. <i>Rasional</i>: Penguatan meningkatkan kerja sama keluarga. 2. Integrasi ke Rencana Asuhan → Masukkan praktik budaya ke rencana intervensi (contoh: jadwalkan kunjungan ANC setelah acara komunitas). a. <i>Langkah</i>: Tuliskan praktik di catatan asuhan, koordinasikan jadwal layanan.

Komponen	Uraian
	3. Kolaborasi & Edukasi Persuasif Minimal Beri informasi ilmiah yang mendukung praktik (contoh: kandungan nutrisi jamu/makanan tradisional). b. <i>Langkah</i> : Sediakan leaflet berbahasa lokal yang menjelaskan manfaat.
Indikator Evaluasi	1. Keluarga melaporkan meneruskan praktik budaya yang disarankan perawat. 2. b) Kepatuhan pada rencana kesehatan (contoh: kunjungan ANC, konsumsi suplemen) tidak menurun malah meningkat.

Contoh kasus singkat

Ibu hamil yang rutin mengonsumsi jamu kunyit-asam untuk stamina. Perawat memastikan jamu tersebut aman bersama tablet Fe, merekomendasikan waktu konsumsi yang tidak berbarengan dengan Fe bila ada interaksi, dan mendorong kelanjutan praktik itu.

Contoh dokumentasi singkat

"Ditemukan praktik konsumsi jamu kunyit-asam 1x/hari. Dijelaskan kompatibilitas dengan tablet Fe; keluarga menyetujui mempertahankan jamu. Rencana: monitoring efek samping, evaluasi BB & Hb 2 minggu."

2) Cultural Accommodation / Negotiation (Akomodasi / Negoisasi Budaya)

Komponen	Uraian
Definisi singkat	Menegosiasikan perubahan kecil agar praktik budaya tetap dijaga namun aman secara klinis.
Tujuan	Mencapai kesepakatan yang menghormati budaya keluarga sekaligus memenuhi kebutuhan medis.
Pengkajian khusus	1. Identifikasi praktik yang penting bagi keluarga tetapi berpotensi konflik kecil dengan intervensi medis. 2. Tentukan fleksibilitas keluarga (apa yang dapat dinegosiasikan).
Contoh Diagnosa Keluarga	1. <i>Risiko ketidakpatuhan pada terapi</i> (misalnya obat oral) karena jadwal ritual tertentu. 2. <i>Konflik antar anggota keluarga</i> mengenai tempat persalinan (rumah vs puskesmas).
Intervensi & Implementasi	1. Fasilitasi dialog keluarga-perawat a. <i>Langkah</i> : Jadwalkan sesi keluarga, ajak decision-maker, gunakan bahasa non-teknis.

Komponen	Uraian
	b. <i>Rasional</i>: Mempertemukan perspektif dan membangun konsensus. 2. Analisis risiko bersama a. <i>Langkah</i>: Jelaskan risiko/manfaat dari setiap opsi; gunakan contoh konkret (misalnya bayi lahir sukses di fasilitas X). b. <i>Rasional</i>: Informasi konkret memudahkan pengambilan keputusan. 3. Rancang kompromi operasional a. <i>Langkah</i>: Jika keluarga ingin ritual tertentu pasca persalinan, rancang agar ritual dilakukan setelah observasi 24 jam di fasilitas. b. <i>Rasional</i>: Menjaga keselamatan sementara menghormati ritual. 4. Pelatihan keterampilan aman a. <i>Langkah</i>: Ajarkan anggota keluarga teknik pijat aman, cara steril membalut tali pusat, dan lain-lain. b. <i>Rasional</i>: Meminimalkan risiko saat praktik tetap dilakukan.
Indikator Evaluasi	1. Tercapainya rencana bersama tertulis (misalnya persetujuan keluarga untuk persalinan di fasilitas dengan syarat ritual dilakukan pasca-observasi). 2. Tidak ada komplikasi yang berkaitan dengan praktik yang dinegosiasikan.

Contoh kasus singkat

Keluarga ingin persalinan di rumah karena tradisi, tetapi ibu memiliki riwayat perdarahan. Negosiasi menghasilkan rencana: persalinan di puskesmas dengan adanya ruang privat yang memungkinkan keluarga melakukan ritual setelah 12 jam observasi; keluarga setuju.

Contoh dokumentasi singkat

"Negosiasi: keluarga setuju persalinan di puskesmas; ritual pasca persalinan diizinkan setelah observasi 12 jam. Instruksi diberikan mengenai arti observasi dan tanda bahaya. TTD keluarga."

3) Cultural Repatterning / Restructuring (Re-pola / Restrukturisasi Budaya)

Komponen	Uraian
Definisi singkat	Bekerja sama untuk mengubah praktik budaya yang berisiko menjadi alternatif yang lebih sehat, tetap dengan penghormatan budaya.

Komponen	Uraian
Tujuan	Mengurangi atau menghilangkan praktik berbahaya sambil meminimalkan konflik budaya.
Pengkajian khusus	1. Identifikasi praktik yang jelas berbahaya (misalnya larangan makan protein pada ibu hamil yang menyebabkan malnutrisi; penggunaan obat tradisional beracun). 2. Tentukan siapa yang memegang otoritas untuk mengubah praktik (ibu, mertua, tokoh agama/adat).
Contoh Diagnosa Keluarga	1. <i>Risiko nutrisi buruk</i> pada ibu hamil berhubungan dengan pantangan makanan budaya yang ketat. 2. b) <i>Potensi cedera bayi</i> akibat metode tradisional saat persalinan.
Intervensi & Implementasi	1. Bangun hubungan kepercayaan & aliansi a. <i>Langkah</i>: Libatkan tokoh dihormati (bidan desa, tokoh agama, kader) sebagai mediator. b. <i>Rasional</i>: Perubahan lebih diterima jika datang dari figur lokal dihormati. 2. Edukasi berbasis bukti yang kontekstual a. <i>Langkah</i>: Gunakan analogi budaya yang relevan, sajikan data sederhana (contoh sebelum-sesudah). b. <i>Rasional</i>: Menurunkan resistensi kognitif. 3. Menawarkan alternatif budaya-sensitif a. <i>Langkah</i>: Ganti makanan "terlarang" dengan bahan lain yang sesuai nilai budaya tetapi bernutrisi setara. b. <i>Rasional</i>: Membantu keluarga mempertahankan identitas budaya sambil memperbaiki kesehatan. 4. Pendekatan bertahap & evaluasi a. <i>Langkah</i>: Rancang perubahan bertahap (misalnya tambahkan protein 1x/hari selama 2 minggu), monitor hasil. b. <i>Rasional</i>: Perubahan bertahap lebih mudah diterima. 5. Advokasi & kebijakan lokal a. <i>Langkah</i>: Jika praktik membahayakan meluas, advokasi ke layanan kesehatan komunitas untuk program edukasi massal. b. <i>Rasional</i>: Mengurangi beban perubahan hanya pada satu keluarga.

Komponen	Uraian
Indikator Evaluasi	1. Perbaiki indikator kesehatan (misalnya Hb naik, berat badan sesuai target). 2. Laporan keluarga bahwa alternatif diterima dan dilakukan. 3. Penurunan kejadian komplikasi terkait praktik lama.

Contoh kasus singkat:

Mertua melarang ibu hamil makan ikan karena mitos; perawat bekerja dengan bidan desa dan tokoh agama untuk menunjukkan pentingnya protein, menyarankan ikan yang disiapkan dengan resep tradisional yang "diperbolehkan" sebagai substitusi; setelah 1 bulan, ibu menambah asupan protein dan Hb meningkat.

Contoh dokumentasi singkat:

"Pendidikan diberikan kepada Ibu & mertua mengenai manfaat protein; alternatif (tempe + ayam tanpa jeroan) disepakati; evaluasi Hb 4 minggu: peningkatan 1,0 g/dL."

c. Prinsip umum pelaksanaan asuhan transkultural pada keluarga

- 1) Hormati & dengarkan jangan menilai praktik budaya secara moral.
- 2) Kulturally competent assessment gunakan pengkajian sistematis (contoh toolbox di atas).
- 3) Kolaborasi lintas sektor libatkan bidan, kader, tokoh agama/adat.
- 4) Dokumentasikan keputusan bersama mengurangi konflik dan meningkatkan akuntabilitas.
- 5) Gunakan pendekatan bertahap untuk repatterning; pantau hasil klinis.
- 6) Selalu utamakan keselamatan pasien bila praktik benar-benar berbahaya, jelaskan risiko dengan jelas.

d. Hambatan umum & strategi atasi

- 1) Hambatan: Resistensi keluarga, pengaruh tokoh adat, keterbatasan sumber daya, stigma.
- 2) Strategi: Pendekatan multipihak, edukasi dengan bukti sederhana, demonstrasi praktis, pemberdayaan kader lokal.

e. Checklist praktik singkat untuk perawat keluarga

- 1) Lakukan pengkajian budaya lengkap.
- 2) Tentukan mode (Preserve / Accommodate / Repattern) dan alasan pilihan.
- 3) Rancang intervensi spesifik keluarga + langkah implementasi.
- 4) Libatkan decision-maker keluarga & tokoh lokal bila perlu.
- 5) Dokumentasikan kesepakatan & rencana tindak lanjut.
- 6) Evaluasi hasil klinis dan penerimaan budaya.

D. Latihan Soal

1. Dalam pendekatan FFAM, keluarga dipandang sebagai sistem sosial yang terbuka. Seorang perawat menemukan keluarga yang menolak perawatan kesehatan luar karena lebih memilih pengobatan tradisional internal keluarga. Analisis yang paling tepat menurut prinsip FFAM adalah...
 - A. Keluarga menutup diri dari sistem sosial eksternal, sehingga fungsi kesehatan bisa terganggu.
 - B. Keluarga tetap menjalankan peran internal, sehingga interaksi eksternal tidak perlu.
 - C. Penolakan layanan kesehatan merupakan bentuk adaptasi positif keluarga.
 - D. Keluarga tidak memiliki struktur yang jelas dalam menentukan keputusan kesehatan.
 - E. Keluarga sudah menjalankan promosi kesehatan yang memadai.
2. Dalam tahap respons keluarga terhadap kesehatan, seorang anak mengalami gejala batuk kronis. Orang tua menunda membawa anak ke fasilitas kesehatan dengan alasan masih bisa ditangani dengan ramuan rumah. Berdasarkan tahap FFAM, situasi ini menunjukkan...
 - A. Tahap promosi Kesehatan
 - B. Tahap evaluasi gejala
 - C. Tahap pencarian perawatan
 - D. Tahap respons akut terhadap penyakit
 - E. Tahap adaptasi terhadap penyakit
3. Seorang perawat menilai bahwa keluarga A memiliki komunikasi tertutup, peran dominan berada pada ayah, dan nilai keluarga lebih menekankan pada kepatuhan mutlak terhadap aturan orang tua. Analisis struktur keluarga menurut FFAM yang paling tepat adalah...
 - A. Jaringan komunikasi efektif dan adaptif
 - B. Dinamika sistem keluarga demokratis
 - C. Struktur keluarga kaku dan berpotensi disfungsional
 - D. Fungsi sosialisasi berjalan optimal
 - E. Fungsi perawatan kesehatan keluarga terjamin
4. Keluarga B sedang berada pada tahap dengan anak remaja. Orang tua kesulitan memberikan kebebasan sambil tetap mempertahankan kontrol, sehingga muncul konflik generasi. Menurut FFAM, tugas perkembangan keluarga pada tahap ini seharusnya difokuskan pada...

- A. Menjaga stabilitas hubungan pasangan baru
 - B. Menyediakan ruang aman dan privasi anak
 - C. Menyeimbangkan kebebasan, otonomi, dan tanggung jawab remaja
 - D. Menyiapkan keluarga menghadapi "empty nest"
 - E. Meningkatkan prestasi akademik anak usia sekolah
5. Dalam asesmen FFAM, keluarga C menghadapi stres akibat kehilangan pekerjaan kepala keluarga. Namun, keluarga masih memiliki jaringan sosial kuat dari komunitas lokal yang membantu kebutuhan dasar. Analisis yang paling tepat adalah...
- A. Keluarga gagal melakukan koping karena stresor ekonomi.
 - B. Jaringan sosial tidak relevan dalam proses adaptasi keluarga.
 - C. Dukungan komunitas merupakan faktor protektif dalam strategi penanganan stres keluarga.
 - D. Kehilangan pekerjaan termasuk faktor internal yang tidak dapat diatasi.
 - E. Fungsi emosional keluarga sepenuhnya hilang akibat stresor eksternal.
6. Berdasarkan dimensi struktural dalam CFAM, seorang perawat menemukan bahwa keluarga tersebut memiliki anggota yang tinggal satu rumah, tetapi hubungan antar anggota sangat longgar dan tidak menunjukkan batasan yang jelas. Dari kondisi ini, aspek apa yang perlu menjadi fokus utama dalam pengkajian keluarga?
- A. Komposisi keluarga dan hubungan eksternal
 - B. Kegiatan fungsional dan aspek perkembangan
 - C. Batasan dan subsistem dalam keluarga
 - D. Dukungan sosial dan faktor budaya
 - E. Pola asuh anak dan nilai keluarga
7. Seorang perawat melakukan asesmen keluarga dan menemukan bahwa keluarga tersebut mengalami perubahan struktur saat anggota keluarga menua dan mengalami gangguan kesehatan kronis. Model CFAM merekomendasikan penilaian terhadap aspek apa guna memahami dampak perubahan ini terhadap keluarga?
- A. Dimensi perkembangan dan fungsional keluarga
 - B. Komposisi anggota keluarga dan subsistem
 - C. Aspek eksternal dan batasan keluarga
 - D. Dukungan sosial dan budaya
 - E. Perilaku dan persepsi tentang Kesehatan

8. Dalam konteks pengkajian fungsi sosialisasi keluarga menggunakan CFAM, perawat menemukan bahwa komunikasi keluarga sangat terbatas dan anggota keluarga jarang menyampaikan perasaan atau pendapat secara terbuka. Intervensi apa yang paling tepat dilakukan untuk meningkatkan fungsi sosialisasi ini?
- A. Menyusun rencana pengelolaan stres keluarga
 - B. Memberikan edukasi tentang pola komunikasi yang efektif dan mendukung keterbukaan
 - C. Melakukan observasi terhadap aktivitas fisik keluarga
 - D. Menambah kegiatan rekreasi bersama keluarga
 - E. Mengidentifikasi faktor budaya yang mempengaruhi komunikasi
9. Menurut CFAM, perubahan dalam struktur internal keluarga dapat berdampak langsung pada aspek fungsi keluarga. Jika seorang perawat ingin menilai dampak ini secara sistematis, langkah apa yang paling sesuai?
- A. Menganalisis hubungan antar anggota keluarga dan batasan yang ada
 - B. Mengevaluasi tingkat dukungan sosial dari luar keluarga
 - C. Mengkaji sejarah perkembangan keluarga dan pola siklus kehidupan
 - D. Melakukan observasi langsung terhadap aktivitas harian keluarga
 - E. Memeriksa persepsi individu anggota keluarga tentang kesehatan
10. Berdasarkan model CFAM, seorang perawat sedang merancang intervensi untuk membantu keluarga menghadapi peristiwa emosional berat seperti kehilangan anggota keluarga. Intervensi yang paling sesuai harus mencakup aspek apa dari fungsi keluarga?
- A. Fungsi sosialisasi dan pengasuhan anak
 - B. Fungsi emosional dan rekonstruksi hubungan keluarga
 - C. Aspek struktur internal dan hubungan eksternal
 - D. Dimensi perkembangan dan support sosial
 - E. Pengelolaan stres dan pola perilaku sehat
11. Seorang perawat menggunakan *pertanyaan linear* saat melakukan pengkajian keluarga pasien dengan penyakit kronis. Perawat bertanya, "*Sejak kapan Ibu mulai merasa gejala penyakit ini semakin sering muncul?*" Apa kelemahan utama dari pertanyaan tersebut bila dibandingkan dengan *pertanyaan sirkular*?
- A. Tidak menggali perasaan emosional pasien secara mendalam
 - B. Hanya berfokus pada sebab-akibat tanpa membuka pemahaman baru

- C. Tidak memfasilitasi interaksi antaranggota keluarga.
 - D. Lebih menekankan pada perilaku, bukan keyakinan keluarga.
 - E. Tidak relevan dalam konteks asuhan keperawatan keluarga.
12. Dalam praktik, perawat bertanya kepada keluarga pasien: *"Bagaimana perasaan Anda ketika melihat ayah sering menolak minum obat?"*
Pertanyaan tersebut termasuk dalam kategori:
- A. Pertanyaan linear investigative
 - B. Pertanyaan perbedaan (difference questions)
 - C. Pertanyaan efek-perilaku
 - D. Pertanyaan hipotetis
 - E. Pertanyaan edukatif kognitif
13. Seorang mahasiswa praktik keperawatan menggunakan CFIM untuk intervensi pada keluarga dengan anak remaja yang mengalami kecemasan. Ia memutuskan memberi edukasi mengenai teknik relaksasi. Intervensi tersebut terutama termasuk dalam domain:
- A. Afektif, karena berhubungan dengan emosi keluarga
 - B. Perilaku, karena melibatkan latihan keterampilan
 - C. Kognitif, karena menekankan pemberian informasi
 - D. Perilaku, karena melibatkan perubahan gaya komunikasi
 - E. Afektif, karena memperbaiki hubungan keluarga
14. Seorang perawat bertanya kepada keluarga: *"Jika pengobatan yang dijalani tidak menunjukkan hasil dalam 6 bulan, apa yang mungkin akan Anda lakukan?"*
Analisislah, jenis pertanyaan sirkular apakah ini?
- A. Pertanyaan linear, karena menekankan pada waktu
 - B. Pertanyaan efek-perilaku, karena membahas konsekuensi
 - C. Pertanyaan perbedaan, karena membandingkan tindakan keluarga
 - D. Pertanyaan hipotetis (future-oriented), karena menggali kemungkinan masa depan
 - E. Pertanyaan edukatif, karena mendorong keluarga belajar hal baru
15. Dalam kasus keluarga dengan anak yang mengalami gangguan makan, perawat menggunakan kombinasi intervensi:
- a. Memberikan edukasi tentang gizi seimbang
 - b. Membantu orang tua mengekspresikan rasa cemas
 - c. Memfasilitasi pembagian tugas dalam menyiapkan makanan sehat

Analisislah domain CFIM dari intervensi di atas?

- A. Kognitif, Afektif, Perilaku
- B. Kognitif, Perilaku, Afektif
- C. Afektif, Kognitif, Perilaku
- D. Perilaku, Afektif, Kognitif
- E. Semua termasuk domain kognitif

16. Seorang perawat yang menerapkan Teori Transcultural Nursing Leininger mendapati keluarga pasien dari budaya yang sangat kolektif dan menempatkan keluarga sebagai pusat pengambilan keputusan kesehatan. Strategi apa yang paling tepat untuk meningkatkan efektivitas intervensi keperawatan dalam konteks ini?
- A. Mengutamakan pendekatan individual dan memberikan penjelasan secara langsung kepada pasien saja
 - B. Mengabaikan tradisi budaya dan menerapkan standar keperawatan universal
 - C. Melibatkan seluruh anggota keluarga dalam proses perawatan dan menghormati norma budaya mereka
 - D. Menggunakan bahasa yang sederhana tanpa mempertimbangkan aspek budaya dan kepercayaan mereka
 - E. Mengurangi komunikasi langsung dan lebih menekankan penggunaan media sosial untuk edukasi
17. Dalam praktik keperawatan transcultural, seorang perawat menemui pasien yang sangat mempercayai pengobatan tradisional dan menolak pengobatan konvensional. Berdasarkan konsep Leininger, tindakan apa yang harus diambil untuk menjaga kultur dan kepercayaan pasien sekaligus memastikan keselamatan?
- A. Memaksa pasien mengikuti pengobatan konvensional untuk menghindari komplikasi
 - B. Mengabaikan kepercayaan budaya dan melanjutkan pengobatan standar saja
 - C. Melakukan pendekatan yang menghormati dan mengeksplorasi kepercayaan tradisional mereka serta mencari integrasi yang aman
 - D. Menyarankan pasien untuk meninggalkan budaya tradisional dan beralih ke pengobatan modern saja
 - E. Menggunakan pendekatan yang bersifat paternalistik agar pasien mengikuti saran medis

18. Seorang perawat ingin menyesuaikan perawatan sesuai budaya pasien dari latar belakang budaya tertentu yang memiliki ritual keagamaan dan tradisi tertentu selama perawatan. Menurut teori Leininger, langkah awal apa yang harus diambil?
- A. Mencari tahu latar belakang budaya pasien dan tradisi keagamaan mereka terlebih dahulu
 - B. Mengabaikan tradisi budaya dan menerapkan ofisial standar prosedur keperawatan
 - C. Mengganti semua praktik keperawatan dengan yang sesuai budaya pasien tanpa diskusi
 - D. Menghindari berinteraksi secara langsung mengenai aspek budaya dan fokus pada medis saja
 - E. Memberikan edukasi tentang pentingnya mengikuti standar internasional tanpa mempertimbangkan budaya
19. Seorang perawat merasa frustrasi karena pasien dari budaya tertentu menolak menerima pengobatan karena keyakinan spiritual mereka. Berdasarkan konsep Model Transcultural Nursing, apa yang sebaiknya dilakukan perawat?
- A. Mengajukan pasien untuk mengikuti pengobatan medis dan mengabaikan keyakinan spiritual mereka
 - B. Memaksakan pengobatan sesuai standar keperawatan tanpa memperhatikan keyakinan spiritual pasien
 - C. Membangun hubungan yang saling menghormati, mengeksplorasi keyakinan spiritual mereka, dan mencari bentuk adaptasi yang hormat budaya
 - D. Mengalihkan komunikasi ke aspek medis saja tanpa membahas keyakinan spiritual
 - E. Mengurangi komunikasi dan menyerahkan pengambilan keputusan sepenuhnya kepada keluarga
20. Dalam konteks perawatan transcultural, perawat dihadapkan pada tantangan memahami makna budaya tertentu yang memengaruhi persepsi kesehatan dan penyakit. Langkah analisis apa yang harus dilakukan terlebih dahulu menurut Leininger?
- A. Memberikan edukasi tentang manfaat pengobatan modern secara umum
 - B. Mengganti praktik keperawatan tradisional dengan prosedur standar internasional
 - C. Mengabaikan aspek budaya dan berfokus pada diagnosis medis saja
 - D. Menggunakan pendekatan paternalistik untuk menekan budaya tertentu

- E. Melakukan identifikasi terhadap keyakinan, nilai, dan praktik budaya yang relevan terkait kesehatan dan perawatan

Kunci Jawaban dan Alasan

1. A → Keluarga menutup diri dari sistem eksternal, sehingga rentan terganggu fungsinya.
2. B → Tahap evaluasi gejala, karena orang tua masih menilai gejala ringan.
3. C → Komunikasi tertutup & peran dominan ayah → struktur kaku, berpotensi disfungsional.
4. C → Fokus tahap remaja adalah menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab.
5. C → Dukungan komunitas = faktor protektif dalam coping keluarga.
6. C → Fokus pada batasan & subsistem keluarga (structural CFAM).
7. A → Perubahan karena menua → terkait dimensi perkembangan & fungsi keluarga.
8. B → Edukasi pola komunikasi terbuka untuk meningkatkan fungsi sosialisasi.
9. A → Analisis hubungan & batasan antaranggota keluarga.
10. B → Intervensi fokus pada fungsi emosional & rekonstruksi hubungan.
11. B → Pertanyaan linear hanya fokus sebab-akibat, tidak membuka wawasan baru.
12. C → Pertanyaan efek-perilaku (perasaan akibat perilaku orang lain).
13. C → Edukasi teknik relaksasi → domain kognitif.
14. D → Pertanyaan hipotetis (future-oriented).
15. A → Edukasi = kognitif, ekspresi emosi = afektif, pembagian tugas = perilaku.
16. C → Melibatkan keluarga & menghormati norma budaya.
17. C → Integrasi tradisional & konvensional dengan aman.
18. A → Langkah awal: identifikasi budaya dan tradisi pasien.
19. C → Bangun hubungan hormat budaya, eksplorasi keyakinan, cari adaptasi.
20. E → Analisis awal : identifikasi keyakinan, nilai, praktik budaya pasien.

E. Rangkuman Materi

Friedman Family Assessment Model (FFAM) merupakan kerangka kerja dalam keperawatan yang digunakan untuk menilai dan memahami dinamika keluarga secara sistemik dan holistik. Model ini menekankan pengkajian terhadap struktur, fungsi, proses adaptasi, serta kekuatan dan sumber daya keluarga, sehingga perawat memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kondisi keluarga. Penerapan FFAM membantu perawat merancang intervensi yang tepat, kontekstual, dan berpusat pada keluarga. Melalui wawancara, observasi, serta keterlibatan aktif anggota

keluarga, model ini mendukung upaya pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan mereka secara berkesinambungan.

Calgary Family Assessment Model (CFAM) dikembangkan oleh Lorraine Wright dan Maureen Leahey pada tahun 1984 sebagai kerangka penilaian keluarga yang sistematis dan menyeluruh dalam praktik keperawatan. CFAM berfokus pada tiga kategori utama, yaitu:

1. Struktur keluarga: meliputi komposisi anggota, hubungan internal, dan lingkungan eksternal.
2. Perkembangan keluarga: menilai tahapan kehidupan keluarga serta penyesuaian terhadap perubahan.
3. Fungsi keluarga: mencakup pola komunikasi, peran, dan pengambilan keputusan.

Model ini berlandaskan pada pendekatan sistemik dan holistik, dengan memandang keluarga sebagai satu kesatuan yang saling berinteraksi. Melalui pertanyaan terstruktur dan komunikasi terapeutik, perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan, kekuatan, serta dinamika keluarga, sehingga memudahkan perancangan intervensi yang tepat dan berpusat pada keluarga. Dengan demikian, CFAM mendukung keberhasilan asuhan keperawatan melalui pemahaman komprehensif terhadap keluarga.

Calgary Family Intervention Model (CFIM) dikembangkan sebagai pelengkap CFAM. Jika CFAM menitikberatkan pada penilaian, maka CFIM berfokus pada intervensi terapeutik untuk membantu keluarga menghadapi masalah sekaligus meningkatkan kualitas hidup. CFIM menekankan pendekatan sistemik dan kolaboratif antara perawat dan keluarga, dengan tiga domain utama intervensi, yaitu:

1. Komunikasi memperbaiki pola komunikasi yang tidak efektif.
2. Pola pikir dan keyakinan mengubah persepsi dan keyakinan yang menghambat adaptasi.
3. Perilaku dan ekspresi emosi mendukung keluarga dalam mengelola emosi serta mengembangkan perilaku yang lebih sehat.

Proses intervensi dilakukan melalui identifikasi masalah dan kekuatan keluarga, perumusan tujuan bersama, pelaksanaan intervensi, serta evaluasi dan tindak lanjut. Tujuan utamanya adalah memperkuat kompetensi dan ketahanan keluarga dalam menghadapi tantangan kesehatan maupun kehidupan sehari-hari. Dengan demikian, CFIM memfasilitasi perubahan positif yang berkelanjutan sekaligus mendukung keberhasilan proses keperawatan yang berorientasi pada peningkatan kualitas hidup keluarga.

Teori Transcultural Nursing yang dikembangkan oleh Madeleine Leininger menekankan pentingnya pemahaman terhadap keberagaman budaya dalam praktik

keperawatan. Inti teori ini adalah memberikan asuhan yang sesuai dengan nilai, norma, dan kepercayaan budaya pasien sehingga pelayanan kesehatan menjadi lebih efektif, manusiawi, dan bermakna.

Leininger memandang manusia sebagai makhluk budaya yang kebutuhan dasarnya dipengaruhi oleh nilai dan tradisi. Oleh karena itu, perawat dituntut memiliki kompetensi budaya (*cultural competence*), yaitu kemampuan untuk mengintegrasikan pengetahuan budaya dalam asuhan keperawatan. Tiga strategi utama yang ditawarkan teori ini adalah:

1. Cultural Preservation/Maintenance mempertahankan praktik budaya yang mendukung kesehatan.
2. Cultural Accommodation/Negotiation menyesuaikan intervensi agar sesuai dengan nilai budaya pasien.
3. Cultural Repatterning/Restructuring membantu mengubah praktik budaya yang berisiko dengan tetap menghormati kepercayaan pasien.

Melalui langkah-langkah tersebut, perawat dapat mengidentifikasi dan menghormati keyakinan budaya pasien, menyesuaikan intervensi keperawatan, serta memberikan edukasi dengan pendekatan yang sensitif budaya. Tujuan akhirnya adalah meningkatkan efektivitas perawatan, memperbaiki hasil kesehatan, dan meningkatkan kepuasan pasien serta keluarga.

Kesimpulan: Keempat model/teori di atas FFAM, CFAM, CFIM, dan Teori Transcultural Nursing sama-sama menekankan pentingnya pendekatan holistik, sistemik, serta berpusat pada keluarga dan budaya. Penerapannya memungkinkan perawat memberikan asuhan yang lebih relevan, efektif, dan bermakna, sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup pasien maupun keluarga.

F. Glosarium

Aspek Struktur	:	Komponen yang menjelaskan organisasi internal keluarga, termasuk anggota keluarga, hubungan antar anggota, dan sistem sosial yang membentuk keluarga
Aspek Fungsi	:	Kegiatan dan peran yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar, seperti kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual
Proses Keluarga	:	Interaksi, komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola pengelolaan keluarga yang memengaruhi dinamika dan kesehatan keluarga

Aktivitas Keluarga	:	Kegiatan sehari-hari dan rutinitas keluarga yang mendukung kesejahteraan anggota keluarga, seperti pekerjaan, pendidikan, dan kegiatan rekreasi
Kekuatan dan Sumber Daya Keluarga	:	Sumber daya internal dan eksternal yang dimiliki keluarga, seperti kekuatan emosional, dukungan sosial, dan akses layanan kesehatan
Intervensi Keperawatan	:	Tindakan dan strategi yang dirancang berdasarkan hasil penilaian untuk mendukung keluarga dalam meningkatkan fungsi dan kesejahateraan
Pendekatan Holistik dan Sistemik	:	Pendekatan yang menganggap keluarga sebagai satu kesatuan yang utuh, memperhatikan semua aspek dan hubungan yang memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga
Kategori Struktural	:	Aspek yang menilai organisasi internal dan eksternal keluarga, termasuk anggota keluarga, hubungan antar anggota, subsistem, batasan, dan sistem sosial yang berpengaruh.
Kategori Perkembangan	:	Aspek yang mengevaluasi tahap perkembangan keluarga berdasarkan siklus kehidupan dan dinamika yang sedang berlangsung sesuai periode kehidupan keluarga.
Kategori Fungsional	:	Aspek yang menilai aktivitas dan pola interaksi keluarga, termasuk komunikasi, pengelolaan stres, sistem dukungan, dan kemampuan coping anggota keluarga.
Pengkajian Terstruktur	:	Pendekatan sistematis menggunakan kategori dan subkategori yang membantu perawat mengumpulkan data secara lengkap dan terorganisasi tentang keluarga.
Pertanyaan Terfokus (Circular Questioning)	:	Teknik wawancara yang digunakan dalam CFAM untuk membantu keluarga mengeksplorasi dinamika hubungan dan makna dari pengalaman mereka, sekaligus memperkuat komunikasi terapeutik.
Fokus Perawatan	:	Pendekatan keperawatan yang berorientasi pada pemahaman sistem keluarga secara menyeluruh,

		bukan hanya individu yang sakit, sehingga intervensi lebih efektif dan kontekstual.
Dimensi Fungsional	:	Aspek yang berfokus pada aktivitas dan interaksi keluarga, termasuk pola komunikasi, penyelesaian konflik, pengelolaan stres, dan pengembangan kekuatan keluarga.
Model Terapi Keluarga	:	Kerangka kerja yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah dan merancang intervensi terapeutik yang berorientasi pada memperbaiki hubungan dan fungsi sistem keluarga.
Teknik Circular Questioning	:	Metode pertanyaan yang bertujuan membantu keluarga mengeksplorasi hubungan, makna, dan pola interaksi mereka secara mendalam untuk meningkatkan pemahaman dan komunikasi.
Konseling Keluarga	:	Pendekatan komunikasi dan bimbingan yang membantu keluarga memahami dinamika mereka serta memecahkan masalah secara bersama-sama.
Cultural Care (Perawatan Budaya)	:	Intervensi keperawatan yang dipersonalisasi berdasarkan kepercayaan, nilai, dan praktik budaya pasien untuk meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan pengobatan.
Cultural Competence (Kompetensi Budaya)	:	Kemampuan perawat untuk memahami, menghormati, dan berinteraksi secara efektif dengan orang dari latar budaya yang berbeda.
Sunrise Model	:	Model visual yang digunakan oleh Leininger untuk membantu perawat mengidentifikasi faktor budaya, nilai, dan kepercayaan yang memengaruhi perilaku dan praktik kesehatan individu dan komunitas.
Domain Budaya	:	Aspek-aspek berbeda dari budaya seperti bahasa, agama, praktik kesehatan tradisional, dan sistem kepercayaan yang memengaruhi perawatan dan pilihan pengobatan.
Keanekaragaman Budaya	:	Variasi dan perbedaan budaya antar individu, kelompok, maupun komunitas yang harus dihormati dalam praktek keperawatan.

Model Sunrise	:	Sebuah framework interdisipliner yang memandu perawat dalam menganalisis dan memahami faktor budaya secara holistik dalam konteks keperawatan.
---------------	---	--

G. Referensi

- Adamakidou, T. (2023). *Friedman family assessment model. Dalam Handbook for the family's health assessment in home health care nursing*. Kallipos: Open Academic Editions. <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/9402>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* ((8th ed.)). Mosby Elsevier.
- Baia, R. D. S. M., Gonçalves, L. H. T., & Oliveira, M. D. F. V. de. (2014). Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to assessment and intervention in family. 5th ed. São Paulo (SP): Roca; 2012. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 15(5), 904–905. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500021>
- Boss, P. E. (2016). The Context and Process of Theory Development: The Story of Ambiguous Loss. *Journal of Family Theory & Review*, 8(3), 269-. <https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html>
- Değer, V. B. (2018). Transcultural Nursing. In N. Ulutasdemir (Ed.), *Nursing* (p. 90). Ordu University,. <https://doi.org/10.5772/intechopen.74990>
- Frome Museum. (2021). *Madeleine Leininger: Theory of transcultural nursing. Frome Museum*. <https://fromemuseum.org/madeleine-leininger-theory-of-transcultural-nursing/>
- Leahey, M., & Wright, L. M. (2016). *Nurses and Families: A Guide to Fssamily Assessment and Intervention* ((7th ed.)). F.A. Davis Company.
- NursingTheory.org. (2013). *Leininger's Culture Care Theory. Retrieved from: NursingTheory.org*. https://nursingtheory.org/theories-and-models/leininger-culture-care-theory?utm_source=chatgpt.com
- Qasim, M., Insani, N., Wijayanti, A. E., & Suhariyanti, E. (2025). *ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA KOMPREHENSIF: PENDEKATAN PRAKTIS BERBASIS EVIDENCE-BASED PRACTICE (EBP)* (P. D. Nur Fadhilah. M.Kes. (ed.); 1st ed.). Penerbit Optimal Untuk Negeri.
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). *Gender differences in caregiving*

among family-caregivers of people with mental illnesses.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. (6th ed.). F. A. Davis.

Wright & Leahey's. (2019). *Nurses and Families (A Guide to Family Assessment and Intervention)* (SEVENTH ED). F. A. Davis Company.

BAB 5

TREN DAN ISSUE KEPERAWATAN KELUARGA

Tujuan Intruksional:

- Menjelaskan Konsep Trend dan Isu dalam Keperawatan Keluarga.
- Menjelaskan Perubahan Struktur dan Dinamika Keluarga
- Menjelaskan Isu Kesehatan Global dan Nasional yang Mempengaruhi Keluarga
- Menjelaskan Isu Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan Keluarga
- Menjelaskan Trend Teknologi dalam Keperawatan Keluarga
- Menjelaskan Tantangan Etik dan Legal dalam Keperawatan Keluarga
- Menjelaskan Kebijakan dan Sistem Kesehatan Terkait Keperawatan Keluarga

Capaian Pembelajaran:

CPL Prodi

- Mampu menjalankan Asuhan Keperawatan sesuai kode etik keperawatan Indonesia, berpikir logis, kritis, sistematis dan kreatif, inovatif, bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta bertanggung jawab secara ilmiah kepada masyarakat profesi dan klien dengan mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan
- Mampu melakukan edukasi, komunikasi dan kolaborasi dalam memberikan asuhan dan/ atau pelayanan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah terkini

CPMK

Setelah diberikan pengalaman belajar di kelas, mahasiswa mampu mengintegrasikan pengetahuan dan sikap dalam memodifikasi rencana tindakan keperawatan keluarga dan menghubungkan dampak isu tersebut pada perkembangan keperawatan.

Sub-CPMK

- Mahasiswa Mampu Menjelaskan Konsep Trend dan Isu dalam Keperawatan Keluarga.
- Mahasiswa Mampu Menjelaskan Perubahan Struktur dan Dinamika Keluarga
- Mahasiswa Mampu Mendiskusikan Isu Kesehatan Global dan Nasional yang Mempengaruhi Keluarga
- Mahasiswa Mampu Mendiskusikan Isu Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan Keluarga
- Mahasiswa Mampu Mendiskusikan Trend Teknologi dalam Keperawatan Keluarga

- Mahasiswa Mampu Menjelaskan Tantangan Etik dan Legal dalam Keperawatan Keluarga
- Mahasiswa Mampu Menjelaskan Kebijakan dan Sistem Kesehatan Terkait Keperawatan Keluarga

Pendahuluan:

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya buku ajar ini dengan judul *Tren dan Issue Keperawatan Keluarga* dapat diselesaikan. Buku ajar ini disusun sebagai upaya untuk memberikan pemahaman yang komprehensif kepada mahasiswa, pendidik, maupun praktisi keperawatan mengenai dinamika perkembangan keperawatan keluarga yang semakin kompleks seiring perubahan zaman.

Keperawatan keluarga merupakan salah satu cabang ilmu keperawatan yang menekankan pelayanan kesehatan terhadap keluarga sebagai unit utama dalam masyarakat. Dalam praktiknya, perawat keluarga tidak hanya berfokus pada individu, melainkan juga pada peran, fungsi, dan dinamika keluarga yang memengaruhi status kesehatan anggotanya. Perubahan sosial, budaya, ekonomi, serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan telah menimbulkan berbagai tren dan isu baru yang perlu dipahami oleh tenaga keperawatan.

Buku ajar ini disusun dengan beberapa tujuan utama, yaitu:

- Menyediakan sumber belajar yang terstruktur dan sistematis mengenai tren dan isu keperawatan keluarga.
- Membekali mahasiswa dengan konsep dasar, teori, serta aplikasi praktis keperawatan keluarga dalam menghadapi permasalahan kesehatan keluarga di masyarakat.
- Menjadi bahan referensi yang relevan bagi pendidik dan praktisi keperawatan dalam mengembangkan ilmu dan praktik keperawatan keluarga.

Isi buku ajar ini mencakup beberapa bab yang membahas:

- Konsep Trend dan Isu dalam Keperawatan Keluarga
- Perubahan Struktur dan Dinamika Keluarga
- Isu Kesehatan Global dan Nasional yang Mempengaruhi Keluarga
- Isu Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan Keluarga
- Trend Teknologi dalam Keperawatan Keluarga
- Tantangan Etik dan Legal dalam Keperawatan Keluarga
- Kebijakan dan Sistem Kesehatan Terkait Keperawatan Keluarga

Metode penyajian dalam buku ini menggunakan uraian teoritis, ilustrasi dalam bentuk tabel dan diagram, serta dilengkapi dengan studi kasus yang dapat digunakan

untuk latihan analisis. Dengan demikian, buku ajar ini diharapkan dapat mendukung proses pembelajaran aktif, kritis, dan reflektif.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa buku ajar ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan masukan dari para pembaca sangat diharapkan untuk perbaikan pada edisi berikutnya. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan menjadi kontribusi nyata dalam pengembangan ilmu keperawatan, khususnya keperawatan keluarga.

A. Konsep *Tren* dan *Issue* dalam Keperawatan Keluarga

Tren dalam keperawatan keluarga dapat dimaknai sebagai perubahan yang berlangsung secara konsisten pada berbagai aspek yang memengaruhi kesehatan keluarga, seperti dinamika jumlah anggota keluarga, perkembangan teknologi kesehatan, kondisi sosial ekonomi, serta pola penyakit. Istilah tren sudah sangat dikenal dan sering digunakan dalam praktik maupun kajian keperawatan sebagai landasan untuk memahami fenomena kesehatan keluarga yang sedang berkembang. Dalam perspektif analitis, tren berfungsi sebagai acuan untuk menggambarkan arah perubahan serta memberikan informasi mengenai isu-isu yang muncul di masyarakat. Secara lebih luas, tren dalam keperawatan keluarga dapat dipahami sebagai kecenderungan atau pola yang menjadi perhatian utama dan memengaruhi praktik keperawatan serta kehidupan keluarga secara keseluruhan (Andini, 2020). Tren merupakan suatu perubahan atau kecenderungan arah perkembangan dalam praktik, pendidikan, teknologi, maupun kebijakan yang berlangsung secara relatif konsisten dan berpengaruh terhadap penyelenggaraan pelayanan keperawatan keluarga, seperti peningkatan pemanfaatan *telehealth* dan penguatan perawatan berpusat pada keluarga (Gasperini, 2023).

Beberapa contoh tren dalam keperawatan keluarga diantaranya adalah: Perawatan berpusat pada keluarga (*family-centered care*) merupakan pendekatan yang menekankan pengakuan terhadap peran serta keluarga dalam proses perawatan maupun pengambilan keputusan klinis, sehingga tercipta kolaborasi yang sinergis antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Implikasi dari pendekatan ini adalah perlunya pengembangan kompetensi komunikasi yang efektif serta instrumen yang tepat untuk mengidentifikasi kebutuhan keluarga (Hriberšek, 2024). Perubahan pola penyakit menuju dominasi penyakit kronis dan peningkatan populasi lanjut usia, meningkatnya prevalensi penyakit kronis serta bertambahnya jumlah lansia menuntut adanya layanan keperawatan jangka panjang dengan keterlibatan keluarga sebagai pengasuh utama (*caregiver*). Kondisi ini mengimplikasikan perlunya dukungan menyeluruh bagi *caregiver* serta strategi manajemen penyakit kronis yang dapat dilaksanakan di lingkungan rumah (Gasperini, 2023).

Pemanfaatan teknologi digital kesehatan dan layanan *telehealth*, penggunaan layanan kesehatan jarak jauh, pemantauan kesehatan di rumah, serta media digital untuk edukasi keluarga mengalami perkembangan pesat. Hal ini berimplikasi pada kebutuhan pelatihan literasi digital baik bagi perawat maupun keluarga, sekaligus menuntut perhatian terhadap kesenjangan akses terhadap teknologi tersebut

(Grant, 2024). Peran keluarga dalam fase transisi kehidupan (seperti masa awal menjadi orang tua maupun perawatan paliatif) semakin diakui sebagai aspek penting dalam praktik keperawatan. Berbagai intervensi keperawatan kini banyak difokuskan pada pendampingan keluarga dalam menghadapi perubahan-perubahan tersebut, yang juga tercermin dari meningkatnya perhatian penelitian serta pengembangan layanan pada konteks transisi keluarga (César-Santos, 2024).

Isu dalam keperawatan keluarga merupakan beragam faktor yang berdampak pada status kesehatan keluarga yang mencakup kesulitan dalam menjalankan fungsi keluarga, proses penyesuaian terhadap dinamika perubahan, serta keterbatasan dalam memperoleh dan memanfaatkan layanan kesehatan (Friedman, 2023). Isu dalam keperawatan keluarga dipahami sebagai tantangan kesehatan dan sosial yang memengaruhi keluarga secara keseluruhan, sehingga penanganannya memerlukan pendekatan interdisipliner, komprehensif, dan berorientasi pada komunitas (DeMarco, 2023). Isu dalam keperawatan keluarga berkaitan dengan adanya ketidakmerataan akses layanan kesehatan, peningkatan prevalensi penyakit kronis, keterlibatan keluarga dalam proses perawatan, serta hambatan dalam penerapan keperawatan kesehatan keluarga pada tingkat pelayanan primer (WHO, 2022). Isu dapat diartikan sebagai tantangan, hambatan, atau permasalahan aktual yang berpotensi mengurangi efektivitas maupun menghambat akses terhadap pelayanan keperawatan keluarga, misalnya keterbatasan tenaga kesehatan, kesenjangan layanan, serta ketidaksetaraan akses (Gasperini, 2023).

Beberapa contoh isu dalam keperawatan keluarga diantaranya adalah: Keterbatasan jumlah tenaga dan masalah retensi, kekurangan tenaga perawat, tingginya beban kerja, serta isu retensi tenaga kesehatan berdampak langsung pada keberlangsungan dan kontinuitas pelayanan keperawatan keluarga (Adel Tutuo Tamata, 2022). Kesenjangan akses dan ketidaksetaraan layanan, perbedaan kondisi geografis dan sosial ekonomi menyebabkan tidak semua keluarga memperoleh akses yang setara terhadap layanan keperawatan keluarga yang komprehensif (Gasperini, 2023).

Terbatasnya bukti ilmiah mengenai intervensi keperawatan keluarga, masih diperlukan lebih banyak penelitian intervensional untuk membuktikan efektivitas model keperawatan keluarga pada berbagai konteks budaya dan sosial (Gasperini, 2023). Beban psikososial pada keluarga dan *caregiver*, keluarga maupun *caregiver* sering menghadapi tekanan psikososial berupa stres, kecemasan, serta kebutuhan akan dukungan emosional yang belum sepenuhnya terfasilitasi dalam pelayanan kesehatan (Woldring, 2024). Tantangan integrasi teknologi dalam pelayanan, meskipun pemanfaatan teknologi digital meningkatkan peluang akses,

masih terdapat hambatan berupa keterbatasan literasi digital, isu privasi, serta kesenjangan dalam ketersediaan infrastruktur teknologi (Grant, 2024).

B. Perubahan Struktur dan Dinamika Keluarga

1. Konsep Perubahan Struktur dan Dinamika Keluarga

Perubahan struktur keluarga dipahami sebagai pergeseran dalam susunan atau komposisi anggota rumah tangga. Pergeseran ini dapat berupa transisi dari keluarga besar menjadi keluarga inti, munculnya keluarga tunggal (single parent family), terbentuknya keluarga campuran atau stepfamily, keluarga yang memilih untuk tidak memiliki anak (childfree family), hingga keberadaan keluarga dengan pola multigenerasi. Setiap bentuk perubahan struktur tersebut mencerminkan adaptasi keluarga terhadap perkembangan sosial, ekonomi, maupun budaya yang melingkupinya (Nabirye, 2025).

Dinamika keluarga, di sisi lain, merujuk pada bagaimana keluarga menjalankan pola interaksi, membagi peran, melaksanakan fungsi, serta menyesuaikan diri melalui berbagai proses adaptasi. Dinamika ini tidak bersifat statis, melainkan senantiasa dipengaruhi oleh perubahan konteks sosial, ekonomi, dan budaya yang terjadi di lingkungan sekitar. Perubahan struktur keluarga sering kali memberikan dampak yang signifikan terhadap dinamika tersebut, misalnya dalam pembagian peran pengasuhan, distribusi tanggung jawab antaranggota, pola komunikasi yang terjalin di dalam keluarga, serta ketersediaan dan bentuk dukungan sosial yang dapat diakses (Nabirye, 2025).

Contoh nyata di Indonesia dapat dilihat pada fenomena meningkatnya keluarga inti di perkotaan. Banyak pasangan muda memilih tinggal terpisah dari orang tua setelah menikah karena alasan kemandirian dan tuntutan pekerjaan. Hal ini mengubah peran pengasuhan yang sebelumnya dilakukan bersama anggota keluarga besar menjadi lebih terbatas pada orang tua saja. Selain itu, jumlah keluarga tunggal juga meningkat, terutama akibat perceraian, sebagaimana ditunjukkan oleh data Badan Pusat Statistik (BPS) yang mencatat peningkatan angka perceraian dalam satu dekade terakhir. Di sisi lain, muncul pula keluarga multigenerasi, misalnya ketika anak yang sudah menikah tetap tinggal bersama orang tua karena faktor ekonomi atau kebutuhan perawatan lansia. Fenomena lain yang mulai terlihat adalah keluarga childfree, khususnya di kalangan pasangan muda perkotaan yang memutuskan untuk menunda atau tidak memiliki anak, biasanya dengan alasan karier, finansial, maupun gaya hidup. Semua kondisi ini memperlihatkan bahwa perubahan struktur keluarga di Indonesia secara nyata memengaruhi dinamika keluarga, baik dalam hal komunikasi, pengasuhan anak, maupun distribusi tanggung jawab antaranggota.

2. Faktor Penyebab Perubahan Struktur dan Dinamika Keluarga

a. Perubahan demografis

Penurunan angka kelahiran, peningkatan angka harapan hidup, serta fenomena penuaan populasi berpengaruh besar terhadap ukuran dan komposisi rumah tangga. Semakin banyak keluarga beranggotakan sedikit, bahkan hanya terdiri dari pasangan tanpa anak. Selain itu, meningkatnya jumlah lansia juga menimbulkan kebutuhan khusus dalam hal perawatan kesehatan dan dukungan sosial. Contoh di Indonesia: Data BPS menunjukkan tren penurunan angka kelahiran total (Total Fertility Rate/TFR) dalam beberapa dekade terakhir, sementara harapan hidup semakin meningkat. Hal ini menimbulkan tantangan baru berupa meningkatnya jumlah rumah tangga yang harus merawat anggota lanjut usia (Faharuddin, 2024).

b. Urbanisasi dan mobilitas

Proses urbanisasi serta perpindahan tenaga kerja membuat anggota keluarga tersebar di berbagai wilayah. Situasi ini kerap memengaruhi keutuhan keluarga karena adanya keterbatasan dalam memberikan bantuan langsung dan berkurangnya jaringan dukungan sosial tradisional. Contoh di Indonesia: Banyak keluarga di desa yang ditinggalkan anak mudanya merantau ke kota untuk bekerja. Akibatnya, pengasuhan anak sering diambil alih oleh kakek-nenek atau kerabat, sementara hubungan dengan orang tua tetap dijaga melalui komunikasi jarak jauh menggunakan teknologi digital (Faharuddin, 2024).

c. Perubahan peran gender dan partisipasi kerja perempuan

Meningkatnya peran perempuan dalam dunia kerja mendorong pergeseran pembagian tugas di dalam rumah tangga. Tanggung jawab domestik dan pengasuhan anak tidak lagi sepenuhnya dibebankan kepada perempuan, melainkan dibagi lebih seimbang bersama pasangan atau melalui dukungan pihak ketiga. Contoh di Indonesia: Partisipasi perempuan dalam angkatan kerja terus mengalami peningkatan. Hal ini menyebabkan semakin banyak keluarga yang memanfaatkan layanan penitipan anak (*daycare*) atau pengasuh, serta adanya perubahan positif di mana suami mulai terlibat lebih aktif dalam urusan rumah tangga (Gandarillas, 2024).

d. Perubahan nilai, norma, dan pilihan hidup (sosial-kultural)

Pergeseran nilai dan norma dalam masyarakat turut melahirkan keragaman bentuk keluarga. Semakin banyak individu yang menunda pernikahan, memilih hidup melajang (*single*), atau bahkan memutuskan untuk tidak memiliki anak (*childfree*). Perubahan ini menunjukkan adanya dinamika baru dalam memaknai institusi keluarga, yang sebelumnya identik dengan pernikahan dan

keturunan. Contoh di Indonesia: Tren menunda pernikahan semakin banyak ditemukan di wilayah perkotaan. Selain itu, fenomena *childfree* mulai muncul dalam wacana publik, terutama di kalangan pasangan muda, meskipun masih menimbulkan perdebatan di masyarakat (Fitri, 2025).

e. Kondisi ekonomi

Faktor ekonomi menjadi salah satu penentu utama dalam perubahan pola kehidupan keluarga. Keterbatasan finansial mendorong keluarga untuk hidup bersama secara multigenerasi agar dapat menekan biaya. Di sisi lain, kesulitan ekonomi juga mendorong migrasi kerja yang berakibat pada terpisahnya anggota keluarga. Contoh di Indonesia: Di kota-kota besar dengan biaya hidup tinggi, seperti Jakarta, keluarga multigenerasi masih banyak ditemui. Sementara itu, keluarga buruh migran kerap menghadapi tantangan karena orang tua harus bekerja di luar negeri, sehingga terpisah dari anak-anak mereka dalam jangka waktu tertentu (Byas, 2025).

f. Teknologi dan komunikasi

Kemajuan teknologi digital membawa perubahan besar dalam cara keluarga berinteraksi, menjaga hubungan, serta mengatur pola pengasuhan jarak jauh. Teknologi juga memberi kemudahan dalam memperoleh informasi, termasuk mengenai kesehatan dan pendidikan anak. Contoh di Indonesia: Keluarga dengan anggota yang bekerja di luar negeri tetap dapat menjalin kedekatan melalui panggilan video atau aplikasi perpesanan daring. Selain itu, semakin banyak orang tua memanfaatkan layanan digital untuk mendapatkan konsultasi kesehatan, bimbingan psikologi, maupun pendidikan anak secara daring (Gandarillas, 2024).

3. Aspek Utama Perubahan Dinamika Keluarga

a. Peran dan tugas pengasuhan

Terjadi pergeseran tanggung jawab dalam hal pengasuhan dan perawatan, misalnya ketika keluarga menjadi pihak utama dalam merawat anggota lanjut usia atau mendampingi anggota keluarga dengan penyakit kronis. Kondisi ini kerap menambah beban psikologis, emosional, dan sosial bagi anggota keluarga yang berperan sebagai *caregiver* (Wolff, 2025).

b. Komunikasi dan pengambilan keputusan

Ukuran keluarga yang semakin kecil atau anggota keluarga yang tinggal berjauhan memengaruhi frekuensi dan kualitas komunikasi. Hal ini berdampak pada proses pengambilan keputusan, terutama dalam hal kesehatan, serta dapat mengurangi dukungan emosional yang biasanya hadir melalui interaksi langsung (Cassinat, 2022).

c. Sumber dukungan sosial

Berkurangnya anggota keluarga yang tinggal berdekatan dapat melemahkan dukungan informal yang biasanya diperoleh dari lingkungan keluarga. Sebaliknya, keluarga dengan pola multigenerasi dapat menghadirkan jaringan dukungan yang lebih kuat karena adanya keterlibatan dari berbagai generasi dalam memberikan bantuan (Byas, 2025).

d. Kesejahteraan ekonomi keluarga

Perubahan pola kerja dan migrasi turut memengaruhi stabilitas ekonomi rumah tangga. Situasi ini berdampak langsung pada kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, termasuk akses terhadap layanan kesehatan yang memadai (Sari, 2023).

e. Adaptasi terhadap teknologi

Pemanfaatan layanan kesehatan digital, seperti *telehealth*, telah mengubah cara keluarga mengakses perawatan dan informasi kesehatan. Namun, hal ini juga menuntut adanya literasi digital yang baik dari setiap anggota keluarga serta memperhatikan kesenjangan akses, terutama di wilayah yang masih terbatas fasilitas teknologinya (Gandarillas, 2024).

4. Dampak terhadap Kesehatan Keluarga dan Implikasi Keperawatan

a. Meningkatnya kebutuhan perawatan lansia dan penyakit kronis

Peningkatan jumlah lansia serta kasus penyakit kronis menuntut adanya intervensi keperawatan keluarga yang terstruktur dan terencana. Hal ini mencakup pemberian edukasi kepada *caregiver* serta penguatan integrasi layanan kesehatan berbasis komunitas (Friedman E. M., 2025).

b. Kerentanan anak dalam keluarga non-tradisional

Anak yang tumbuh dalam keluarga tunggal ataupun keluarga yang sedang mengalami transisi, seperti akibat perceraian atau pembentukan *stepfamily*, berpotensi menghadapi tekanan psikososial yang lebih tinggi. Kondisi ini memerlukan intervensi keperawatan yang sensitif dan berfokus pada dukungan psikososial anak (Choice, 2024).

c. Beban psikososial pada *caregiver*

Anggota keluarga yang berperan sebagai *caregiver* sering kali mengalami tekanan emosional, fisik, maupun sosial. Oleh karena itu, perawat keluarga memiliki tanggung jawab untuk menilai tingkat beban yang dialami, sekaligus memberikan dukungan psikososial dan rujukan yang relevan sesuai kebutuhan (Wolff, 2025).

d. Kesenjangan akses terhadap layanan kesehatan

Fragmentasi struktur keluarga dapat memperbesar ketidaksetaraan dalam memperoleh layanan kesehatan. Untuk itu, diperlukan strategi pelayanan

keperawatan berbasis komunitas yang lebih inklusif, termasuk pemanfaatan *telehealth* agar pelayanan kesehatan dapat menjangkau seluruh anggota keluarga tanpa terkecuali (Faharuddin, 2024).

C. Isu Kesehatan Global dan Nasional yang Mempengaruhi Keluarga

Menurut Kickbush (2006) Kesehatan global adalah isu yang menyangkut kesehatan yang melampaui batas-batas nasional dan pemerintah membutuhkan tindakan kekuatan secara global dalam menentukan kesehatan manusia. Menurut Beaglehole dan Bonita (2010), kesehatan global adalah upaya mempromosikan kesehatan bagi semua orang melalui kegiatan penelitian dan tindakan kolaboratif internasional. Sedangkan menurut Mac Farlane, *et al.* (2008) kesehatan global merupakan pengurangan kesenjangan, perlindungan terhadap ancaman global yang mengabaikan batas-batas nasional dan peningkatan kesehatan di seluruh dunia. Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan global merupakan area kesehatan yang berfokus pada isu-isu kesehatan dunia yang membutuhkan kerja sama lintas negara, bersifat multidisipliner termasuk sektor non-kesehatan yang bertujuan untuk mencapai kesetaraan status kesehatan masyarakat dunia (Mahendradhata, 2021).

Isu kesehatan global yang dapat mempengaruhi Keluarga terdiri dari:

1. Penyakit Tidak Menular (Non-Communicable Diseases/NCDs: Jantung, Diabetes, Kanker, PPOK).

Penyakit tidak menular merupakan penyebab utama kematian di dunia. Sebagian besar kasus kematian dini akibat NCDs terjadi di negara dengan pendapatan menengah dan rendah, sehingga menjadi tantangan serius bagi sistem kesehatan global maupun nasional. NCDs menimbulkan beban yang kompleks bagi keluarga, antara lain tingginya biaya pengobatan dan terapi jangka panjang, kebutuhan akan dukungan fisik maupun emosional, berkurangnya produktivitas anggota keluarga yang sakit, serta perubahan peran dalam keluarga, misalnya anak atau pasangan yang harus mengambil alih tugas sebagai *caregiver*, dalam kasus tersebut perawat keluarga memiliki kontribusi penting dalam penanganan NCDs, meliputi edukasi preventif terkait gaya hidup sehat, pendampingan dalam manajemen penggunaan obat, dukungan terhadap kemampuan *self-management* pasien, serta melakukan advokasi agar keluarga mendapatkan akses layanan kesehatan primer yang berkesinambungan dan terjangkau (WHO, 2025).

2. Antimikroba Resisten (Antimicrobial Resistance/AMR)

Resistensi antimikroba meningkatkan risiko terjadinya infeksi yang sulit diobati dan memperpanjang proses penyembuhan. Berdasarkan estimasi,

jutaan kematian di seluruh dunia pada tahun 2019 berkaitan dengan kasus resistensi antimikroba, menjadikannya ancaman serius bagi kesehatan global. AMR membawa konsekuensi besar bagi keluarga, antara lain meningkatnya kebutuhan perawatan intensif dengan biaya yang tinggi, risiko penularan infeksi di lingkungan rumah tangga, serta timbulnya tekanan psikososial dan beban ekonomi akibat perawatan jangka panjang. Upaya yang dapat dilakukan mencakup edukasi kepada keluarga mengenai penggunaan antibiotik sesuai resep medis, penerapan praktik kebersihan yang baik di rumah untuk mencegah penularan, serta penguatan kewaspadaan agar segera melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan apabila anggota keluarga menunjukkan gejala infeksi berat (WHO, 2023).

3. Infeksi & Pandemi (termasuk Tuberkulosis dan Post-COVID/Long COVID)

Pandemi telah mengganggu berbagai layanan kesehatan rutin, seperti imunisasi dan skrining penyakit. Selain itu, *long COVID* menimbulkan dampak jangka panjang terhadap fungsi tubuh dan kualitas hidup pasien. Tuberkulosis (TB) kembali muncul sebagai penyakit infeksi dengan angka kematian tertinggi pada periode 2023–2024. Keluarga yang terdampak menghadapi berbagai tantangan, mulai dari kesulitan ekonomi akibat hilangnya produktivitas, isolasi sosial selama masa perawatan, kebutuhan perawatan jangka panjang, hingga munculnya stigma sosial, terutama bagi penderita TB. Perawat berperan dalam memantau kepatuhan pengobatan TB, memberikan edukasi terkait pencegahan penularan penyakit menular, serta mendukung proses rehabilitasi bagi pasien dengan kondisi *long COVID* (WHO, 2024).

4. Kesehatan Mental

Pasca pandemi, prevalensi gangguan mental seperti kecemasan dan depresi meningkat, baik pada anak maupun pada anggota keluarga yang berperan sebagai *caregiver*. Gangguan kesehatan mental dapat menimbulkan konflik dalam rumah tangga, mengganggu pola pengasuhan anak, menurunkan fungsi keluarga, serta menambah beban perawatan, terutama jika ada anggota yang mengalami gangguan mental kronis. Perawat dapat melakukan skrining sederhana terhadap kesehatan mental, memberikan rujukan ke tenaga profesional bila diperlukan, serta memberikan dukungan berupa psikoedukasi dan penguatan jaringan sosial keluarga (WHO, 2025).

5. Perubahan Iklim & Keamanan Pangan

Perubahan iklim berpengaruh terhadap ketersediaan dan keamanan pangan, meningkatkan risiko penyakit yang ditularkan melalui vektor (misalnya demam berdarah dengue), serta memicu terjadinya bencana alam yang menyebabkan perpindahan penduduk. Keluarga berpotensi mengalami *food*

insecurity (ketidakpastian pangan), gangguan kesehatan pada anak akibat gizi buruk, hingga kehilangan aset dan pendapatan karena dampak bencana maupun perubahan lingkungan. Perawat komunitas berperan dalam mempromosikan praktik ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, memberikan edukasi terkait pencegahan penyakit akibat vektor, serta menjalin kolaborasi lintas sektor untuk meningkatkan ketahanan keluarga (Kemenkes, 2024).

6. Digitalisasi Layanan Kesehatan

Pemanfaatan telemedicine memperluas akses layanan kesehatan, namun sekaligus menciptakan kesenjangan bagi keluarga yang tidak memiliki koneksi internet memadai atau keterampilan digital yang cukup. Sebagian keluarga merasakan kemudahan dalam mengakses layanan kesehatan digital, sementara sebagian lainnya justru tertinggal, sehingga memperlebar kesenjangan dalam akses kesehatan. Perawat berperan membantu meningkatkan literasi digital kesehatan, mendampingi keluarga dalam mengakses layanan primer berbasis digital, serta memastikan layanan tersebut dapat dimanfaatkan secara inklusif (Cheng, 2025).

D. Isu Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan Keluarga

Isu psikososial dan budaya memiliki pengaruh yang signifikan terhadap persepsi keluarga mengenai kesehatan, pola dalam mencari layanan, tingkat kepatuhan terhadap pengobatan, dinamika peran antaranggota, serta kapasitas adaptasi terhadap penyakit maupun perubahan sosial. Oleh karena itu, pendekatan keperawatan keluarga yang efektif perlu mengintegrasikan aspek penilaian psikososial dan budaya, sehingga asuhan yang diberikan bersifat responsif, holistik, dan berpusat pada kebutuhan keluarga.

1. Ruang Lingkup Isu Psikososial dalam Keperawatan Keluarga

a. Stres Keluarga dan Mekanisme Koping

Sumber stres dalam keluarga dapat berasal dari kehilangan mata pencaharian, penyakit kronis, beban perawatan (*caregiver burden*), konflik peran, hingga bencana atau kondisi darurat. Stres yang tidak terkelola berpotensi menimbulkan gangguan fungsi keluarga, meningkatkan risiko masalah kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan, serta menurunkan kualitas asuhan yang diberikan kepada anggota keluarga (Mbedzi, 2025).

b. Kesehatan Mental dan Beban Psikososial

Gangguan kesehatan mental, khususnya depresi dan kecemasan, kerap dialami baik oleh pasien maupun oleh anggota keluarga yang berperan sebagai perawat. Deteksi dini melalui skrining, seperti penggunaan instrumen PHQ-9

yang telah tervalidasi dalam Bahasa Indonesia, serta intervensi psikososial yang tepat dapat menurunkan angka morbiditas dan meningkatkan kualitas hidup keluarga (Kroenke, 2001).

c. Kekerasan dalam Rumah Tangga dan Kekerasan terhadap Anak

Kekerasan fisik, emosional, maupun seksual memiliki dampak jangka panjang terhadap kesehatan fisik, psikologis, dan sosial anak maupun anggota keluarga lainnya. Di Indonesia, kasus pelaporan kekerasan dalam rumah tangga dan kekerasan anak masih cukup tinggi, sehingga hal ini menjadi isu penting yang harus diantisipasi dalam praktik keperawatan keluarga melalui pencegahan, deteksi dini, dan rujukan layanan yang sesuai (Winurini, 2024).

d. Isolasi Sosial dan Hilangnya Dukungan Sosial

Faktor migrasi, urbanisasi, maupun stigma terhadap penyakit tertentu (misalnya TB, HIV, atau gangguan mental) dapat mengakibatkan isolasi sosial dan berkurangnya jaringan dukungan keluarga. Kondisi ini berdampak pada menurunnya kapasitas keluarga dalam mengelola kesehatan dan memperburuk hasil kesehatan anggota keluarga. Oleh karena itu, perawat perlu membantu keluarga memperkuat jejaring sosial serta menghubungkan mereka dengan sumber dukungan komunitas (WHO, 2025).

e. Peran Caregiver dan Risiko Burnout

Anggota keluarga yang menjalankan peran sebagai *caregiver* berisiko mengalami burnout, gangguan tidur, kelelahan fisik, serta tekanan ekonomi. Kondisi ini menuntut adanya intervensi berupa program dukungan caregiver, konseling, serta pemberdayaan komunitas untuk meringankan beban perawatan dan meningkatkan kesejahteraan psikososial keluarga.

2. Ruang lingkup isu budaya dalam keperawatan keluarga

a. Nilai, Kepercayaan, dan Praktik Kesehatan Tradisional

Banyak keluarga di Indonesia maupun negara lain masih memanfaatkan pengobatan tradisional, baik sebagai pilihan utama maupun sebagai pelengkap terapi medis modern. Kepercayaan ini memengaruhi cara keluarga mengambil keputusan terkait pencarian layanan kesehatan serta kepatuhan dalam menjalani terapi medis. Dalam konteks keperawatan keluarga, perawat perlu mengeksplorasi nilai dan kepercayaan tersebut secara terbuka, tanpa menghakimi, serta mengintegrasikan pendekatan yang selaras dengan budaya keluarga agar asuhan kesehatan lebih diterima (Shopo, 2024).

b. Peran Gender dan Hierarki Keluarga

Sejumlah budaya yang diterapkan keluarga bisa beritan dengan pengambilan keputusan mengenai kesehatan yang sering kali berada di tangan kepala keluarga atau laki-laki. Kondisi ini dapat membatasi akses perempuan dan anak

terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan. Oleh karena itu, intervensi keperawatan harus mempertimbangkan dinamika gender dan struktur hierarki dalam keluarga, serta mengupayakan pendekatan yang memberdayakan seluruh anggota keluarga agar memiliki hak suara dalam pengambilan keputusan kesehatan (Shopo, 2024).

c. Bahasa, Komunikasi, dan Hambatan Akses Informasi

Perbedaan bahasa atau gaya komunikasi antara keluarga dan tenaga kesehatan dapat menimbulkan miskomunikasi yang berimplikasi pada kualitas pelayanan klinis. Untuk mengatasi hal ini, pendekatan yang dapat digunakan antara lain pemanfaatan genogram kultural untuk memahami konteks keluarga, serta penggunaan penerjemah atau mediator budaya. Strategi ini membantu meningkatkan pemahaman, membangun rasa percaya, dan memperkuat kerja sama antara keluarga dan tenaga kesehatan.

d. Norma Adat yang Berimplikasi pada Kesehatan

Dalam praktik sehari-hari, norma adat kerap memengaruhi kesehatan keluarga, misalnya melalui pantangan makanan pada masa kehamilan, ritual dalam proses persalinan, atau kebiasaan pemberian makanan kepada anak. Beberapa praktik dapat mendukung kesehatan, namun ada pula yang berisiko menimbulkan masalah, seperti gizi tidak seimbang. Oleh sebab itu, pendekatan edukasi kesehatan yang sensitif budaya menjadi penting, sehingga perawat mampu memberikan informasi yang relevan tanpa menyingkirkan nilai-nilai lokal yang dipegang keluarga (Kemenkes, 2019).

E. Trend Teknologi dalam Keperawatan Keluarga

a. Telehealth / Telekonsultasi

Telehealth kini menjadi salah satu layanan penting dalam praktik keperawatan primer maupun lanjutan. Melalui telekonsultasi, keluarga dapat mengakses konsultasi dengan dokter atau perawat secara jarak jauh, melaksanakan tindak lanjut pasca-rawat, serta memperoleh edukasi kesehatan tanpa harus selalu datang ke fasilitas kesehatan. Di Indonesia, perkembangan regulasi telemedicine mempercepat pemanfaatan layanan ini, meskipun masih memerlukan penguatan standar mutu serta perlindungan data pasien. Implikasi klinis: telehealth memungkinkan tindak lanjut lebih sering, mendukung deteksi dini permasalahan kesehatan keluarga, dan menekan kebutuhan kunjungan rawat jalan yang tidak esensial (Mulyadita, 2025).

b. Remote Patient Monitoring (RPM) dan Wearables

RPM mencakup penggunaan perangkat pemantauan jarak jauh, seperti tensimeter otomatis, sensor glukosa berbasis wearable, oksimeter, maupun alat

pemantau aktivitas. Teknologi ini memudahkan pemantauan kondisi pasien dengan penyakit kronis di rumah, sekaligus memperkuat peran keluarga dalam manajemen kesehatan. Bukti penelitian menunjukkan RPM dapat meningkatkan kepatuhan terapi, memperbaiki beberapa luaran klinis, serta mendukung transisi yang lebih aman dari rumah sakit ke rumah, meskipun hasilnya bervariasi sesuai konteks dan teknologi yang digunakan.

Implikasi klinis: perawat keluarga dapat memanfaatkan data RPM untuk menyesuaikan rencana perawatan, memberikan edukasi berbasis data real-time, dan mengenali tanda perburukan kesehatan lebih cepat (Tan, 2024).

c. Aplikasi mHealth dan Digital Therapeutics (DTx)

Aplikasi kesehatan berbasis gawai seperti pengingat obat, program edukasi, latihan fisik maupun mental serta Digital Therapeutics (DTx) yang berbasis bukti ilmiah, semakin digunakan dalam pengelolaan penyakit kronis dan perubahan perilaku kesehatan. Aplikasi ini membantu keluarga meningkatkan literasi kesehatan, menjaga kepatuhan terhadap terapi, dan memperkuat peran mandiri dalam perawatan sehari-hari (IQVIA, 2024).

d. Dukungan Digital untuk Caregiver

Platform digital yang menyediakan edukasi, modul manajemen stres, maupun kelompok dukungan daring (peer-support online) telah terbukti mampu mengurangi beban psikososial keluarga yang berperan sebagai caregiver. Pendekatan ini juga meningkatkan kemampuan mereka dalam memberikan perawatan. Namun demikian, adopsinya sering terkendala keterbatasan akses, literasi digital yang belum merata, serta tantangan implementasi di tingkat lokal (Zhai, 2023).

e. Smart Home / Internet of Things (IoT) dalam Kesehatan

Integrasi sensor rumah tangga (misalnya sensor gerak, alarm pintu, pengingat obat otomatis) dengan perangkat IoT mendukung kemandirian pasien di rumah, sekaligus membantu keluarga dalam memantau kondisi sehari-hari. Teknologi ini juga dapat meningkatkan keamanan, terutama bagi lansia dan pasien dengan keterbatasan mobilitas.

f. Interoperabilitas, Privasi Data, dan Regulasi

Dengan semakin luasnya adopsi teknologi kesehatan, tantangan besar muncul terkait interoperabilitas sistem, keamanan data pasien, serta kepatuhan terhadap regulasi nasional maupun internasional. Di Indonesia, pemerintah sedang memetakan kebijakan baru untuk memastikan telemedicine, perlindungan data kesehatan, dan penggunaan standar antarmuka sistem (API) berjalan secara aman dan berkesinambungan (Mulyadita, 2025).

F. Tantangan Etik dan Legal dalam Keperawatan Keluarga

1. Kerahasiaan vs Keterlibatan Keluarga

Tantangan: pasien ingin menjaga kerahasiaan diagnosis, sementara keluarga menuntut informasi lengkap.

Implikasi: perawat harus memverifikasi siapa yang berwenang menerima informasi, menjelaskan batas kerahasiaan, dan meminta persetujuan eksplisit pasien (Hansson, 2022).

2. Pengambilan Keputusan dan Kapasitas Pasien

Tantangan: terjadi konflik antara keinginan pasien (misalnya menolak terapi) dan tekanan keluarga (Haddad, 2023).

Implikasi: lakukan penilaian kapasitas, dokumentasikan keputusan, gunakan pendekatan *shared decision-making*, serta libatkan tim etik bila diperlukan.

3. Kekerasan dalam Rumah Tangga dan Elder Abuse

Tantangan: korban sering enggan melapor karena ketergantungan atau stigma.

Implikasi: perawat wajib menjaga keselamatan pasien, mengikuti prosedur pelaporan lokal, mendokumentasikan bukti secara objektif, serta merujuk ke layanan perlindungan (Saghafi, 2019).

4. Telehealth, RPM, dan Keamanan Data

Tantangan: data pasien berisiko disalahgunakan atau diakses tanpa izin keluarga.

Implikasi: gunakan platform yang aman, lakukan informed consent digital, batasi akses sesuai kewenangan, dan patuhi regulasi telehealth serta UU PDP (Permenkes, 2019).

5. Konflik Nilai Budaya dan Hak Pasien

Tantangan: praktik budaya atau keagamaan keluarga bertentangan dengan rekomendasi medis (misalnya pantangan makanan atau penolakan vaksin).

Implikasi: gunakan pendekatan sensitif budaya, berikan edukasi berbasis bukti, lakukan negosiasi, dan libatkan komite etik bila terjadi pelanggaran hak pasien (Nurses, 2021).

G. Kebijakan dan Sistem Kesehatan Terkait Keperawatan Keluarga

Kerangka Kebijakan Internasional dan Relevansinya untuk Perawat Keluarga adalah

1. Primary Health Care (PHC)

Prinsip utama: promotif, preventif, kuratif dasar, rehabilitatif, dan paliatif dekat dengan keluarga.

- a. Pendekatan: people-centered care dan whole-of-society.
- b. Relevansi bagi perawat keluarga:
- c. Menjadi ujung tombak layanan primer di komunitas.
- d. Mendorong kunjungan rumah, pemantauan kesehatan keluarga, edukasi promotif-preventif. Perawat keluarga berperan sebagai *navigator* sistem kesehatan agar keluarga mudah mengakses layanan (WHO, 2025).

2. Sustainable Development Goals (SDGs)

Tujuan terkait: SDG 3 (Good Health and Well-being) & SDG 5 (Gender Equality).

Relevansi bagi perawat keluarga:

- a. Perawat keluarga berkontribusi pada pencapaian *Universal Health Coverage (UHC)*.
- b. Mendukung penghapusan kesenjangan kesehatan gender & perlindungan anak.
- c. Menyediakan data berbasis keluarga untuk evaluasi program SDGs.

3. Global Strategic Directions for Nursing & Midwifery

- a. Empat area prioritas:

Workforce – peningkatan jumlah & distribusi perawat.

Leadership – keterlibatan perawat dalam kebijakan.

Education – kurikulum berbasis PHC & komunitas.

Service delivery – optimalisasi peran perawat di masyarakat.

- b. Relevansi bagi perawat keluarga:

Standar kompetensi global sebagai acuan kurikulum keperawatan keluarga.

Perawat keluarga diposisikan sebagai pemimpin layanan komunitas (Stewart, 2024).

4. International Council of Nurses (ICN) – Etika & Standar Praktik

- a. Kode Etik ICN: menekankan penghormatan pada martabat, kerahasiaan, keadilan, dan hak pasien.
- b. Relevansi bagi perawat keluarga:
 - 1) Menjadi panduan dalam menghadapi dilema etis-legal dalam keluarga (kerahasiaan, kekerasan domestik, konflik nilai budaya).
 - 2) Memperkuat peran advokasi perawat keluarga terhadap hak pasien (Stewart, 2024).

5. Universal Health Coverage (UHC)

- a. Prinsip: akses layanan kesehatan esensial tanpa kesulitan finansial.
- b. Relevansi bagi perawat keluarga:
 - 1) Perawat keluarga memastikan intervensi promotif & preventif murah dan mudah diakses.

- 2) Mencegah keluarga jatuh ke dalam kemiskinan akibat biaya kesehatan.

6. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (2015–2030)

- a. Fokus: kesiapsiagaan keluarga & komunitas menghadapi bencana.
- b. Relevansi bagi perawat keluarga:
 - 1) Mengembangkan *family disaster plan* (misalnya evakuasi, pertolongan pertama).
 - 2) Memberdayakan keluarga sebagai unit ketahanan bencana.

7. Agenda Global tentang Healthy Ageing

- a. Fokus: peningkatan kualitas hidup lansia dan dukungan keluarga sebagai caregiver.
- b. Relevansi bagi perawat keluarga:
 - 1) Mendorong perawat keluarga untuk mengembangkan program home care lansia.
 - 2) Mengurangi caregiver burden melalui edukasi & dukungan komunitas.

Kebijakan Nasional Indonesia yang Berkaitan dengan Keperawatan Keluarga

1. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

PIS-PK adalah strategi nasional untuk mengintegrasikan layanan kesehatan berbasis keluarga di tingkat primer (puskesmas, posyandu, kunjungan rumah). Instrumen: menggunakan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dengan 12 indikator keluarga sehat (mis. akses air bersih, imunisasi, gizi, kesehatan ibu & anak, pengendalian penyakit kronis). Relevansi untuk perawat keluarga:

- a. Memberikan kerangka operasional asuhan keperawatan keluarga.
- b. Perawat keluarga berperan dalam kunjungan rumah, pengkajian IKS, edukasi, dan tindak lanjut keluarga berisiko (Bisri, 2023).

Contoh implementasi: di beberapa daerah, perawat puskesmas melakukan kunjungan rutin untuk skrining TB, hipertensi, dan edukasi PHBS.

2. Transformasi Sistem Kesehatan Nasional (2021–2030)

- a. Fokus: 6 pilar transformasi Kemenkes (termasuk layanan primer dan pembiayaan kesehatan).
- b. Tujuan: memperkuat layanan primer, digitalisasi layanan, dan memperluas akses keluarga ke layanan kesehatan berkualitas.
- c. Relevansi untuk perawat keluarga:
 - 1) Perawat keluarga menjadi *navigator* sistem kesehatan untuk keluarga (koordinasi rujukan, manajemen penyakit kronis, pencegahan komplikasi).
 - 2) Mendukung pengembangan model *family-centered care* dalam puskesmas dan jejaring rujukan (Kemenkes, 2023).

3. Regulasi Telemedicine & Digital Health

- a. Peraturan: Permenkes No. 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Telemedicine antar Fasilitas Kesehatan; diperkuat dengan UU Kesehatan 2023 dan regulasi turunan 2024 (Khairunnisa, 2025).
- b. Relevansi untuk perawat keluarga:
 - 1) Membuka ruang praktik perawat dalam telekonsultasi, *remote patient monitoring (RPM)*, dan edukasi kesehatan berbasis digital.
 - 2) Menuntut kepatuhan pada standar profesi, rekam medis elektronik, serta perlindungan data pasien (sinkron dengan UU PDP No.27/2022).

4. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/BPJS)

Sistem pembiayaan kesehatan berbasis asuransi sosial untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC). Relevansi untuk perawat keluarga:

- a. Paket layanan primer (di FKTP) mencakup promotif, preventif, dan manajemen penyakit kronis yang sebagian besar dilakukan oleh tim puskesmas/perawat.
- b. Kunjungan rumah untuk manajemen pasien kronis (DM, hipertensi) menjadi bagian dari indikator mutu layanan.
- c. Menjamin keberlanjutan pembiayaan layanan keperawatan keluarga (Kemenkes, 2023).

H. Latihan Soal

Kerjakan latihan soal berikut ini:

Soal Pilihan Ganda

1. Apa yang dimaksud dengan tren dalam keperawatan keluarga?
 - A. suatu perubahan atau kecenderungan arah perkembangan dalam praktik, pendidikan, teknologi, maupun kebijakan yang berlangsung secara relatif konsisten dan berpengaruh terhadap penyelenggaraan pelayanan keperawatan keluarga
 - B. Perbedaan bahasa atau gaya komunikasi antara keluarga dan tenaga kesehatan dapat menimbulkan miskomunikasi yang berimplikasi pada kualitas pelayanan klinis.
 - C. praktik budaya atau keagamaan keluarga bertentangan dengan rekomendasi medis
 - D. pengurangan kesenjangan, perlindungan terhadap ancaman global yang mengabaikan batas-batas nasional dan peningkatan kesehatan di seluruh dunia.
 - E. Setiap bentuk perubahan struktur tersebut mencerminkan adaptasi keluarga terhadap perkembangan sosial, ekonomi, maupun budaya yang melingkupinya

2. Apa yang dimaksud dengan isu dalam keperawatan keluarga?
 - A. Kecenderungan arah perkembangan dalam praktik, pendidikan, teknologi, maupun kebijakan yang berlangsung secara relatif konsisten dan berpengaruh terhadap penyelenggaraan pelayanan keperawatan keluarga
 - B. Perbedaan bahasa atau gaya komunikasi antara keluarga dan tenaga kesehatan dapat menimbulkan miskomunikasi yang berimplikasi pada kualitas pelayanan klinis.
 - C. Praktik budaya atau keagamaan keluarga bertentangan dengan rekomendasi medis
 - D. engurangan kesenjangan, perlindungan terhadap ancaman global yang mengabaikan batas-batas nasional dan peningkatan kesehatan di seluruh dunia.
 - E. Tantangan, hambatan, atau permasalahan aktual yang berpotensi mengurangi efektivitas maupun menghambat akses terhadap pelayanan keperawatan keluarga, misalnya keterbatasan tenaga kesehatan, kesenjangan layanan, serta ketidaksetaraan akses
3. Berikut ini yang merupakan faktor penyebab perubahan struktur dan dinamika keluarga, kecuali:
 - A. Perunahan demografi
 - B. Urbanisasi
 - C. Ekonomi
 - D. Usia
 - E. Teknologi
4. Berikut ruang lingkup isu psikososial dalam keperawatan keluarga yaitu:
 - A. Stres Keluarga dan Mekanisme Koping
 - B. Kesehatan Mental dan Beban Psikososial
 - C. Kesejahteraan Keluarga
 - D. Isolasi Sosial dan Hilangnya Dukungan Sosial
 - E. Kekerasan dalam Rumah Tangga dan Kekerasan terhadap Anak
5. Berikut adalah trend teknologi dalam keperawatan keluarga, kecuali:
 - A. Telehealth / Telekonsultasi
 - B. Dukungan Digital untuk pasien
 - C. Aplikasi mHealth dan Digital Therapeutics (DTx)
 - D. Smart Home / Internet of Things (IoT) dalam Kesehatan
 - E. Remote Patient Monitoring (RPM) dan Wearables

Latihan Soal Essay

1. Bagaimana perbedaan antara tren dan isu dalam keperawatan keluarga?
2. Bagaimana implikasi tren teknologi dalam keperawatan keluarga?
3. Bagaimana pengaruh isu psikososial dan budaya dalam keperawatan keluarga?
4. Sebutkan Tantangan Etik dan Legal dalam Keperawatan Keluarga?
5. Sebutkan Kebijakan Nasional Indonesia yang Berkaitan dengan Keperawatan Keluarga?

Kunci Jawaban

1. A
2. E
3. D
4. C
5. B

I. Rangkuman Materi

Keperawatan keluarga adalah pendekatan menyeluruh yang menempatkan keluarga sebagai pusat pelayanan sekaligus sumber kekuatan dalam menjaga kesehatan setiap anggotanya. Tujuan utamanya adalah meningkatkan derajat kesehatan keluarga, mencegah penyakit, mengelola kondisi kronis, dan memperkuat fungsi keluarga. Prinsip yang mendasarinya mencakup penggunaan pendekatan sistem, keterlibatan aktif keluarga, penghargaan terhadap konteks budaya, serta kerja sama lintas-profesi. Manfaat yang dihasilkan meliputi kesinambungan perawatan, efisiensi penggunaan sumber daya, dan pemberdayaan keluarga. Perubahan Demografi dan Struktur Keluarga: Urbanisasi, migrasi, serta perubahan bentuk keluarga yang lebih kecil atau nuklir turut memengaruhi pola perawatan.

Penuaan populasi menambah kebutuhan layanan untuk penyakit kronis dan dukungan jangka panjang. Variasi struktur keluarga, seperti keluarga tunggal orang tua atau multigenerasi, menuntut strategi intervensi yang beragam. Hal ini mengisyaratkan perlunya desain layanan kesehatan yang lebih fleksibel dan sensitif terhadap karakteristik keluarga. Epidemiologi dan pergeseran beban penyakit yaitu Terjadi peralihan dari penyakit menular ke penyakit tidak menular seperti kardiometabolik, kanker, dan gangguan kesehatan mental. Kebutuhan perawatan jangka panjang meningkat, termasuk rehabilitasi, manajemen obat, serta edukasi bagi keluarga. Kompleksitas kondisi dengan komorbiditas menuntut keterlibatan keluarga dalam pengawasan dan kepatuhan terapi.

Perawat keluarga perlu menguasai keterampilan manajemen penyakit kronis dan koordinasi antar-layanan. Teknologi dan inovasi digital ditunjukkan melalui

pemanfaatan telehealth, aplikasi kesehatan, dan pemantauan jarak jauh memperluas akses layanan. Teknologi juga mendukung edukasi, pemantauan kondisi kronis, serta pencatatan kesehatan keluarga. Namun, tantangan muncul terkait literasi digital, privasi data, keterbatasan infrastruktur, dan kesenjangan akses. Oleh karena itu, integrasi teknologi perlu diimbangi dengan pelatihan, kebijakan perlindungan data, serta evaluasi berkelanjutan. Sistem kesehatan, kebijakan, dan pembiayaan diwujudkan melalui program kesehatan berbasis keluarga berperan penting dalam memperkuat layanan primer. Asuransi, subsidi, dan mekanisme pembiayaan turut memengaruhi akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan. Masalah yang masih dihadapi adalah keterbatasan tenaga kesehatan, koordinasi lintas-sektor, serta distribusi layanan yang belum merata. Perawat berperan sebagai advokat dalam penyusunan kebijakan dan program berbasis keluarga.

J. Glosarium

Caregiver	: Orang yang memberikan perawatan atau pendampingan kepada anggota keluarga atau individu yang sakit, lanjut usia, atau membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari
Dinamika	: Suatu keadaan yang selalu bergerak, berubah, dan berkembang sesuai dengan situasi atau kondisi yang ada
Fragmentasi	: Terpecahnya suatu kesatuan menjadi bagian-bagian kecil yang berdiri sendiri sehingga kehilangan keterpaduan
Interdisipliner	: Melibatkan lebih dari satu bidang ilmu atau profesi yang bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama.
Isu	: Permasalahan, topik, atau persoalan penting yang sedang dibicarakan atau menjadi perhatian masyarakat.
Komprehensif	: Bersifat menyeluruh, lengkap, dan mencakup semua aspek penting.
Migrasi	: Perpindahan penduduk dari satu tempat ke tempat lain untuk menetap, baik dalam satu negara maupun ke luar negeri.
Telehealth	: Layanan kesehatan yang diberikan melalui teknologi informasi dan komunikasi jarak jauh, seperti konsultasi online atau pemantauan kesehatan digital.
Transisi	: Proses perubahan dari satu keadaan atau tahap ke keadaan atau tahap berikutnya.
Tren	: Arah perkembangan atau kecenderungan yang sedang berlangsung dan diikuti banyak orang.

Stepfamily : Keluarga tiri, yaitu keluarga yang terbentuk karena salah satu atau kedua orang tua menikah kembali sehingga anak dari pernikahan sebelumnya bergabung dalam keluarga baru.

K. Daftar Pustaka

- Adel Tutuo Tamata, M. M. (2022). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing Open*.
- Andini, F. T. (2020). *Ilmu Keperawatan Dasar*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Bisri, M. (2023). Implementation Of The Healthy Indonesia Program With A Family Approach (Pis-Pk) At Community Health Centers In Bintan District. *International Journal of Social Science*, 2423-2428.
- Byas, K. (2025). Why More Families Are Turning to Multigenerational Living—And Is It Right for You? *investopedia*.
- Cassinat, J. R. (2022). Changes in Family Chaos and Family Relationships during the COVID-19 Pandemic: Evidence from a Longitudinal Study. *National Library of Medicine*.
- César-Santos, B. (2024). Family Nursing Care during the Transition to Parenthood: A Scoping Review. *Healthcare*.
- Cheng, Q. (2025). Determinants of healthcare utilization under the Indonesian national health insurance system – a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*.
- Choice, S. (2024). Analyzing the Impact of Family Structure Changes on Children's Stress Levels Using a Stress Biomarker. *Pauline Kleinschlömer*.
- DeMarco, R. &.-W. (2023). *Community and Public Health Nursing: Evidence for Practice*. 4th Ed. Springer.
- Faharuddin, d. (2024). *Laporan Kependudukan Indonesia*. Jakarta: BKKBN.
- Fitri, J. A. (2025). Hubungan Tingkat Akses Informasi, Keterlibatan Dalam Komunitas Terhadap Perubahan Dinamika Keluarga (Studi pada Komunitas Childfree Indonesia). *Journal of Development and Social Change*.
- Friedman, E. M. (2025). Projected Demographic Trends in the Likelihood of Having or Becoming a Dementia Family Caregiver in the U.S. Through 2060. *Populations*.
- Friedman, M. M. (2023). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice*. 7th Ed. Pearson.

- Gandarillas, M. Á. (2024). The impact of family factors and digital technologies on mental health in university students. *Frontiers in Psychology*.
- Gasperini, G. (2023). State of the Art on Family and Community Health Nursing International Theories, Models and Frameworks: A Scoping Review. *Healthcare*.
- Grant, B. (2024). Nursing and Healthcare Trends We Can Expect to See in 2024. *Nurse Journal*.
- Haddad, L. M. (2023). *Nursing Ethical Considerations*. Bethesda: StatPearls Publishing LLC.
- Hansson, K. M. (2022). The duty of confidentiality during family involvement: ethical challenges and possible solutions in the treatment of persons with psychotic disorders. *BMC Psychiatry*.
- Hriberšek, M. (2024). Research areas and trends in family-centered care in the 21st century: a bibliometric review. *Frontiers in Medicine*.
- IQVIA. (2024). *Digital Health Trends: Implications for Research and Patient Care*.
- Kemenkes. (2019). *rofil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Kemenkes. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Kemenkes. (2023). *Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia sehat dan Unggul*. Jakarta.
- Kemenkes. (2024). *Waspada Penyakit di Musim Hujan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khairunnisa, C. (2025). Telemedicine: Between Opportunities, Expectations, and Challenges in Health Development in Remote Areas of Indonesia. *International Journal of Law, Social Science and Humanities*.
- Kroenke, K. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*.
- Mahendradhata, Y. (2021). *Kesehatan Global*. Sleman: Gadjah Mada University Press.
- Mbedzi, T. E. (2025). Psychosocial Interventions for Families Caring for Mental Health Care Users: A Nominal Group Technique. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Mulyadita, U. (2025). Mapping Telemedicine in Indonesia: Evidence for Policy Action at a Critical Juncture. *Strategic Purchasing for Primary Health Care*.
- Nabirye, K. (2025). The Dynamics of Family Structures in Modern Society. *Urasian Experiment Journal of Humanities and Social Sciences (EEJHSS)*.

- Nurses, I. C. (2021). *The Icn Code Of Ethics For Nurses*. Switzerland.
- Permenkes. (2019). *Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas*. Jakarta.
- Saghafi, A. (2019). Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*.
- Sari, A. P. (2023). Analisis Masalah Kependudukan di Indonesia. *Journal of Economic Education*.
- Shopo, K. D. (2024). Enhancing Cultural Competence in Undergraduate Nursing Students: An Integrative Literature Review of Strategies for Institutions of Higher Education. *Journal of Transcultural Nursing*.
- Stewart, D. (2024). *Nursing and Primary Health Care*. International Council of Nurses.
- Tan, S. Y. (2024). A systematic review of the impacts of remote patient monitoring (RPM) interventions on safety, adherence, quality-of-life and cost-related outcomes. *Nature*.
- WHO. (2022). *Family health nursing in primary care: Issues and strategies*. Geneva: WHO.
- WHO. (2023). *Antimicrobial resistance*. Americas.
- WHO. (2024). *Global tuberculosis report 2024*. Americas.
- WHO. (2025). *Institute for Health Metrics and Evaluation*.
- WHO. (2025). *Mental Health*. Americas.
- WHO. (2025). *Noncommunicable diseases*. Americas.
- Winurini, S. (2024, November). *Kekerasan Anak dalam Keluarga: Catatan Serius Pembangunan Keluarga Indonesia*. Jakarta: Pusat Analisis Keparlemenan Badan Keahlian DPR RI.
- Woldring, J. M. (2024). Families' importance in nursing care—families' opinions: a cross-sectional survey study in the homecare setting. *Archives of Public Health*.
- Wolff, J. L. (2025). The Number Of Family Caregivers Helping Older US Adults Increased From 18 Million To 24 Million, 2011–22. *Health Affairs*.
- Zhai, S. (2023). Digital health interventions to support family caregivers: An updated systematic review. *Digital Health*.

BAB 6

MANAJEMEN SUMBER DAYA KELUARGA

Tujuan Instruksional:

- Menjelaskan pengertian sumber daya keluarga.
- Menguraikan jenis sumber daya keluarga
- Menjelaskan manajemen sumber daya keluarga
 - a. Manajemen keluarga
 - b. Manajemen sumber daya keluarga
 - 1) Perencanaan (*Planning*) sumber daya keluarga
 - 2) Pengorganisasian (*Organizing*) sumber daya keluarga
 - 3) Pelaksanaan (*Directing*) sumber daya keluarga
 - 4) Pengendalian (*Controlling*) sumber daya keluarga

Capaian Pembelajaran:

- Mampu menguraikan pengertian sumber daya keluarga serta manajemen sumber daya keluarga
- Mampu membedakan setiap jenis sumber daya keluarga
- Mampu menguraikan manajemen keluarga serta manajemen sumber daya keluarga, meliputi:
 - a. Perencanaan (*Planning*) sumber daya keluarga
 - b. Pengorganisasian (*Organizing*) sumber daya keluarga
 - c. Pelaksanaan (*Directing*) sumber daya keluarga
 - d. Pengendalian (*Controlling*) sumber daya keluarga

Pendahuluan

Topik ini membahas tentang manajemen sumber daya keluarga. Topik ini disusun supaya pembaca dapat menguraikan pengertian, jenis dan manajemen sumber daya keluarga. Selain mahasiswa, topik ini dapat dibaca oleh dosen atau para profesional pendidikan. Topik yang dibahas, meliputi: pengertian sumber daya keluarga, jenis sumber daya keluarga, manajemen sumber daya keluarga, serta tahapan atau proses manajemen sumber daya keluarga. Topik ini dirancang untuk membantu pembaca belajar melalui teks tulisan, gambar, latihan atau soal. Pembaca dipersilahkan membaca dan menyimak isi tulisan dengan cermat, selanjutnya menjawab soal-soal untuk mengevaluasi hasil belajar secara mandiri.

Manajemen Sumber Daya Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang memiliki peran penting dalam pembentukan karakter individu dan pembangunan bangsa. Dalam menjalankan fungsinya, keluarga dihadapkan pada berbagai tantangan seperti keterbatasan sumber daya, perubahan sosial, serta meningkatnya kebutuhan hidup. Oleh karena itu, diperlukan suatu proses pengelolaan yang efektif agar keluarga mampu bertahan dan berkembang dengan baik. Setiap keluarga memiliki sumber daya yang terbatas, sehingga perlu mengatur penggunaannya secara efektif agar tidak terjadi pemborosan atau ketidakseimbangan antara kebutuhan dan kemampuan. Kebutuhan anggota keluarga akan berubah sesuai dengan pertumbuhan usia, pendidikan, dan lingkungan. Manajemen yang baik dapat membantu mengakomodasi perubahan ini

Globalisasi, perkembangan teknologi, dan dinamika sosial memengaruhi cara hidup keluarga. Manajemen sumber daya membantu keluarga beradaptasi dengan perubahan ini melalui pengambilan keputusan yang bijak. Manajemen sumber daya keluarga hadir sebagai solusi untuk mengatur dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki keluarga, seperti waktu, uang, tenaga, serta keterampilan, agar dapat digunakan secara optimal untuk mencapai tujuan keluarga. Dengan manajemen yang baik, keluarga dapat menyusun perencanaan, menetapkan prioritas, dan membuat keputusan secara rasional dalam menghadapi berbagai dinamika kehidupan.

Manajemen sumber daya bertujuan untuk mencapai kehidupan keluarga yang sejahtera dan harmonis dengan memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan fisik, emosional, dan sosial. Dengan manajemen yang baik, keluarga dapat menjadi mandiri dan berdaya dalam menghadapi tantangan hidup serta memiliki kemampuan untuk merencanakan masa depan secara terstruktur. Manajemen sumber daya keluarga penting karena membantu keluarga mengelola dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara efisien untuk mencapai kesejahteraan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa manajemen sumber daya yang efektif berhubungan dengan tingkat kesejahteraan keluarga. Pendidikan yang lebih tinggi dan pendapatan yang memadai memungkinkan keluarga mengelola sumber daya dengan lebih efektif, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kesejahteraan mereka.

A. Sumber Daya Keluarga

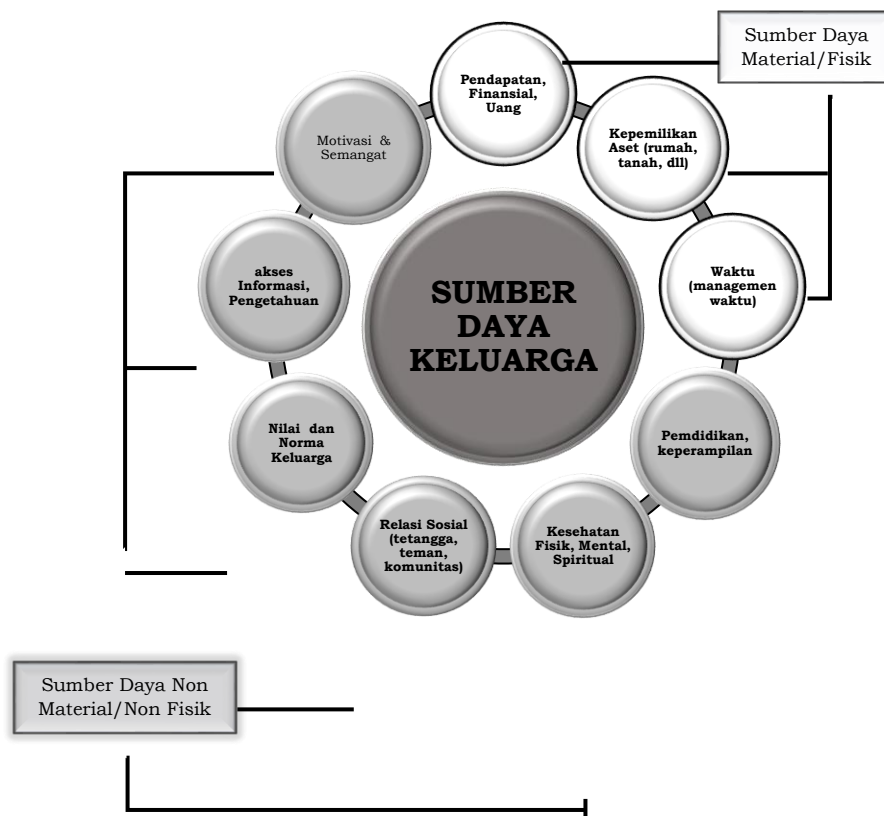
1. Pengetian Sumber daya keluarga

Sumber daya keluarga (SDK) adalah berbagai bentuk dukungan yang dimiliki atau dapat diakses oleh sebuah keluarga untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi tantangan dalam kehidupan sehari-hari. Sumber daya ini dapat

bersifat material maupun non-material. Sumber daya keluarga yang dikelola dengan baik dapat membantu keluarga mencapai kesejahteraan, menghadapi tantangan, dan meningkatkan kualitas hidup.

2. Jenis Sumber daya keluarga

Sumber daya keluarga dibentuk dari berbagai aspek yang dimiliki dan digunakan oleh keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup, mencapai tujuan, dan menghadapi tantangan. Secara umum, jenis sumber daya keluarga dibagi menjadi dua kategori besar: sumber daya material dan sumber daya non material. Sumber daya keluarga merupakan kombinasi dari aset material/fisik dan non material/non fisik yang dimiliki oleh anggota keluarga. Pengelolaan sumber daya yang baik sangat penting untuk menciptakan kehidupan keluarga yang sejahtera dan harmonis. (Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. 2010)



Gambar.6.1 Jenis Sumber Daya Keluarga

a. Sumber Daya Material (Fisik)

Sumber daya material atau fisik adalah sumber daya yang dapat dilihat, diraba, dan diukur secara nyata. meliputi:

1) Pendapatan

Pendapatan atau finansial atau uang merupakan sumber utama untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti makanan, pakaian, pendidikan, dan kesehatan.

2) Kepemilikan aset

Merupakan segala bentuk asset yang dimiliki keluarga, seperti rumah, tanah, kendaraan, peralatan elektronik, dan lain-lain.

3) Waktu

Waktu merupakan sumber daya, termasuk bagaimana anggota keluarga mengatur dan menggunakan waktu untuk bekerja, beristirahat, atau berinteraksi baik dengan anggota keluarga maupun dengan keluarga yang lain atau masyarakat.

b. Sumber Daya Non-Material (Non-Fisik)

Sumber daya ini mencakup kemampuan, nilai, dan hal-hal yang tidak bisa dilihat secara langsung. namun sangat penting. meliputi:

1) Pendidikan dan keterampilan

Sumber daya ini meliputi tingkat pendidikan dan keahlian yang dimiliki anggota keluarga.

2) Kesehatan

Kesehatan merupakan sumber daya, meliputi kondisi fisik dan mental anggota keluarga.

3) Relasi sosial

Sumber daya ini meliputi dukungan dari tetangga, keluarga besar, teman, atau komunitas.

4) Nilai dan norma keluarga

Nilai dan norma dimaksud sebagai sumber daya keluarga adalah kejujuran, tanggung jawab, kerja sama, dan kedisiplinan seluruh anggota keluarga.

5) Informasi dan pengetahuan

Sumber daya ini menyangkut akses keluarga terhadap informasi yang bisa membantu pengambilan keputusan yang baik atau positif dalam keluarga.

6) Motivasi dan semangat hidup

Sumber daya terkait motivasi dan semangat hidup, seperti sikap optimis, kerja keras, dan keinginan seluruh anggota keluarga untuk berkembang.

B. Manajemen Keluarga

1. Pengertian

Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sumber daya untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Manajemen mencakup berbagai aspek seperti perencanaan strategi, pengelolaan sumber daya manusia, keuangan, produksi, dan pemasaran. Manajemen biasanya terdiri dari beberapa fungsi utama, yaitu Perencanaan (*Planning*), Pengorganisasian (*Organizing*), Pengarahan (*Leading*), dan Pengendalian (*Controlling*). Manajemen dapat diterapkan dalam berbagai bidang termasuk dalam keluarga.

Manajemen keluarga merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sumber daya yang dimiliki oleh sebuah keluarga untuk mencapai kesejahteraan dan tujuan bersama. Sumber daya ini dapat berupa waktu, uang, tenaga, keterampilan, serta nilai-nilai keluarga.

2. Manfaat

Manajemen Keluarga bermafaat untuk: (Astuti, S., & Fauziah, N, 2020 dan Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. 2014).

a. Meningkatkan kesejahteraan dan keharmonisan keluarga

Manajemen keluarga membantu setiap anggota keluarga menyadari peran, tanggung jawab, serta kebutuhan bersama. Dengan perencanaan yang baik, keluarga dapat mengatur waktu, tenaga, dan sumber daya sehingga tidak hanya kebutuhan materi terpenuhi, tetapi juga kebutuhan emosional dan sosial. Hal ini menciptakan suasana rumah tangga yang nyaman, penuh kasih sayang, serta meningkatkan rasa saling menghargai, yang pada akhirnya memperkuat kesejahteraan dan keharmonisan keluarga.

Contoh:

Keluarga memiliki kebiasaan makan malam bersama setiap hari. Selain membicarakan kegiatan masing-masing anggota keluarga, mereka juga menyusun rencana liburan sederhana setiap tahun sesuai kemampuan finansial. Hal ini menumbuhkan kebersamaan, rasa saling peduli, dan membuat suasana rumah tangga lebih harmonis.

b. Mengelola keuangan dengan lebih baik

Melalui manajemen keluarga, pendapatan dan pengeluaran dapat direncanakan secara sistematis, termasuk alokasi untuk kebutuhan pokok, pendidikan, kesehatan, tabungan, maupun dana darurat. Dengan pengelolaan yang teratur, keluarga dapat menghindari pemborosan, meminimalisir utang yang tidak perlu, serta menciptakan kestabilan finansial. Kondisi ini membuat

keluarga lebih siap menghadapi situasi mendesak tanpa mengorbankan kebutuhan jangka panjang.

Contoh:

Keluarga setiap bulan membuat anggaran rumah tangga dengan membagi pos pengeluaran: 50% untuk kebutuhan pokok, 20% untuk tabungan, 20% untuk pendidikan anak, dan 10% untuk rekreasi. Saat ada kebutuhan mendadak seperti biaya berobat, mereka tidak perlu berutang karena sudah menyiapkan dana darurat.

c. Membantu mengatasi masalah dalam keluarga

Manajemen keluarga mendorong adanya evaluasi, musyawarah, dan pengambilan keputusan bersama ketika muncul masalah, baik terkait ekonomi, pendidikan anak, maupun hubungan antar anggota keluarga. Dengan pendekatan terstruktur, masalah dapat diidentifikasi sejak awal, dicari alternatif solusi, dan ditetapkan langkah penyelesaiannya. Proses ini melatih keluarga untuk berpikir rasional, terbuka, dan saling mendukung dalam menghadapi tantangan.

Contoh:

Keluarga menghadapi masalah anak remaja yang sering menggunakan gawai hingga larut malam. Orang tua dan anak kemudian berdiskusi bersama untuk mencari solusi. Akhirnya disepakati aturan penggunaan gawai maksimal hingga pukul 9 malam dengan pengawasan, sehingga masalah dapat diatasi tanpa menimbulkan pertengkaran berkepanjangan.

d. Meningkatkan komunikasi dan kerja sama antar anggota keluarga.

Salah satu aspek penting dalam manajemen keluarga adalah komunikasi terbuka dan partisipasi semua anggota dalam pengambilan keputusan. Hal ini memperkuat ikatan emosional, mengurangi konflik akibat kesalahpahaman, serta menumbuhkan rasa saling percaya. Selain itu, pembagian tugas yang jelas mendorong kerja sama, sehingga setiap anggota keluarga merasa dihargai kontribusinya. Pada akhirnya, keluarga menjadi lebih solid dan harmonis.

Contoh:

Keluarga membagi tugas rumah tangga secara adil: ayah bertanggung jawab pada belanja bulanan, ibu mengatur menu makanan, anak pertama membantu mencuci piring, sedangkan anak kedua menyapu rumah. Mereka juga rutin melakukan "rapat keluarga" setiap minggu untuk membahas kegiatan bersama. Dengan begitu, komunikasi lebih terbuka dan kerja sama semakin kuat

C. Manajemen Sumber Daya Keluarga

1. Pengertian

Manajemen sumber daya keluarga adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian dalam penggunaan berbagai sumber daya yang dimiliki keluarga (waktu, tenaga, uang, keterampilan, aset, pengetahuan, hingga hubungan sosial) untuk memenuhi kebutuhan, mencapai tujuan, dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sederhananya, manajemen sumber daya keluarga adalah cara keluarga mengelola potensi dan keterbatasan yang dimiliki agar bisa hidup layak, harmonis, dan sejahtera. (Astuti, W., & Yuliana, S, 2019).

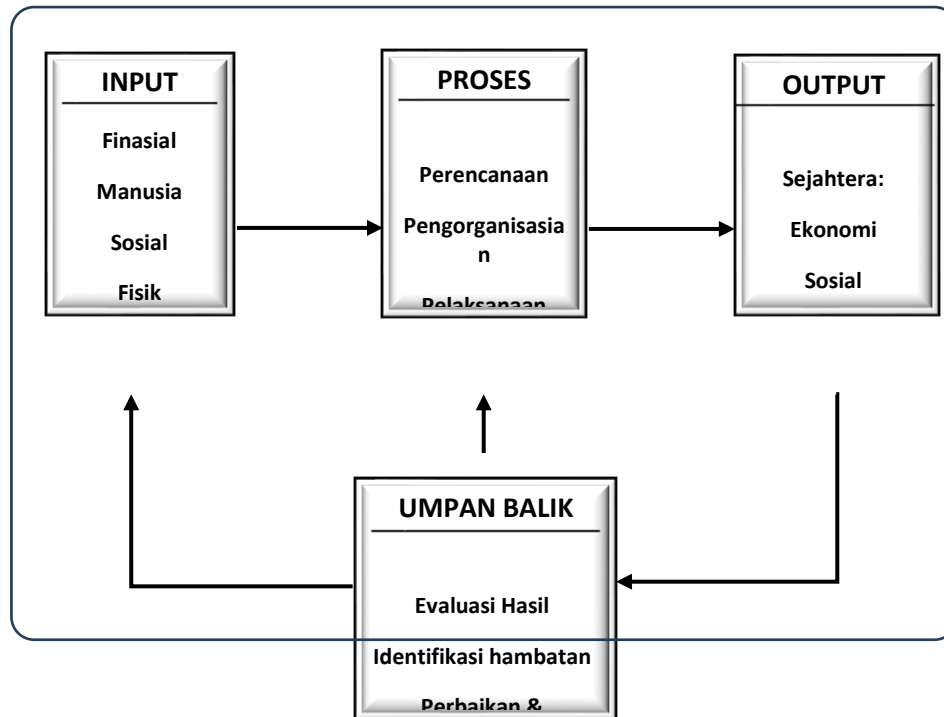
2. Tujuan

Tujuan manajemen sumber daya keluarga utamanya adalah memastikan bahwa sumber daya yang terbatas dapat digunakan secara efektif, efisien, dan berkelanjutan. Secara lebih rinci tujuannya adalah:

- a. Memenuhi kebutuhan dasar keluarga (pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan, dan rasa aman)
- b. Meningkatkan kualitas hidup anggota keluarga secara fisik, psikologis, sosial, dan spiritual
- c. Mencapai tujuan jangka pendek dan jangka panjang (misalnya: membiayai sekolah anak, membeli rumah, menyiapkan dana pensiun)
- d. Mengurangi pemborosan dan konflik akibat keterbatasan sumber daya
- e. Membangun ketahanan keluarga agar mampu menghadapi perubahan atau krisis (misalnya: inflasi, kehilangan pekerjaan, atau sakit). (Dewi, R.K., & Puspitawati, H, 2016).

3. Sistem Manajemen Sumber Daya Keluarga

Manajemen SDK mengacu pada suatu kesatuan yang terdiri dari elemen-elemen yang saling berinteraksi untuk mencapai tujuan tertentu dalam pengelolaan sumber daya keluarga. Sistem ini mencakup berbagai aspek yang berhubungan dengan bagaimana keluarga mengatur, menggunakan, dan mengalokasikan sumber daya mereka untuk memenuhi kebutuhan dan meningkatkan kesejahteraan anggota keluarga. Manajemen sumber daya keluarga dipandang sebagai sebuah sistem karena adanya hubungan yang saling terkait antara input, proses, output, dan umpan balik. Keberhasilan sistem ini bergantung pada bagaimana keluarga mengelola sumber dayanya dengan baik agar kesejahteraan seluruh anggotanya dapat tercapai.



Gambar 6.2 Proses Manajemen Sumber Daya Keluarga

a. Input (Masukan)

Aspek input atau masukan mencakup semua sumber daya yang dimiliki keluarga untuk memenuhi kebutuhan dan mencapai tujuannya. Sumber daya ini berupa:

1) Sumber Daya Finansial

Pendapatan, tabungan, aset, atau bantuan keuangan yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

2) Sumber Daya Manusia

Kemampuan, keterampilan, pendidikan, dan kesehatan anggota keluarga yang mendukung kesejahteraan keluarga.

3) Sumber Daya Sosial

Jaringan dukungan dari keluarga besar, teman, tetangga, komunitas, atau organisasi sosial.

4) Sumber Daya Fisik

Rumah, kendaraan, pakaian, makanan, dan barang lainnya yang digunakan untuk kehidupan sehari-hari.

5) Sumber Daya Waktu

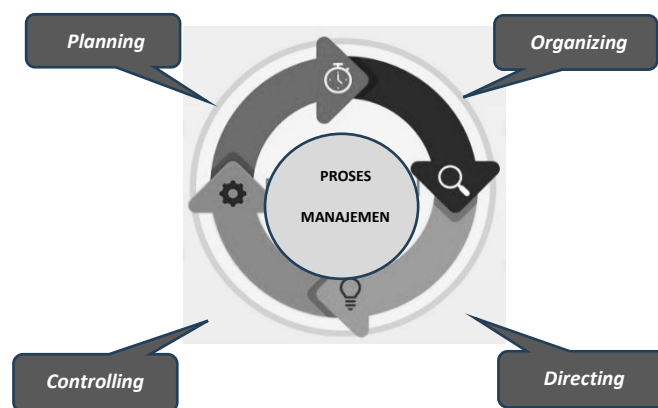
Manajemen waktu yang dimiliki setiap anggota keluarga untuk bekerja, belajar, bersosialisasi, dan beristirahat.

6) Sumber Daya Psikologis

Ketahanan mental, keterampilan mengatasi stres, dan nilai-nilai keluarga yang mendukung kesejahteraan emosional.

b. Proses (Pengelolaan Sumber Daya)

Manajemen sumber daya keluarga adalah proses atau tahap yang dilakukan oleh keluarga untuk mengelola dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia guna mencapai kesejahteraan keluarga secara optimal. Proses ini mencakup empat tahapan, yaitu:



Gambar 6.3 Proses Manajemen SDK

1) Perencanaan (*Planning*)

Pada tahap ini, keluarga menetapkan tujuan dan strategi dalam penggunaan sumber daya. Perencanaan yang baik membantu keluarga mengalokasikan sumber daya secara bijaksana. Kegiatan dalam perencanaan meliputi:

a) Mengidentifikasi kebutuhan keluarga

Keluarga memahami kebutuhannya untuk seluruh anggota keluarga secara menyeluruh. Setiap anggota keluarga memiliki kebutuhan yang berbeda, sehingga penting untuk mendiskusikan dan mencatat kebutuhan utama yang harus dipenuhi dalam jangka pendek maupun jangka Panjang. Kebutuhan ini meliputi berbagai aspek, yakni: 1) Kebutuhan primer, meliputi: pangan, sandang (pakaian), dan papan (tempat tinggal), 2) Kebutuhan sekunder, meliputi pendidikan, kesehatan, transportasi, komunikasi, dan hiburan, serta 3) Kebutuhan tersier, meliputi barang atau jasa yang bersifat mewah dan tidak mendesak.

b) Menentukan prioritas dalam penggunaan sumber daya

Setelah kebutuhan diidentifikasi, keluarga harus menentukan prioritas dalam penggunaan sumber daya. Hal ini dilakukan agar sumber daya

yang terbatas dapat digunakan secara optimal dan tidak terbuang sia-sia. Cara menentukan prioritas antara lain: 1) Membedakan antara kebutuhan dan keinginan dengan mendahulukan hal-hal yang benar-benar penting, 2) Menyusun skala prioritas, misalnya dengan mendahulukan kebutuhan pendidikan anak dan kesehatan sebelum hiburan atau rekreasi, dan 3) Menyesuaikan dengan kondisi finansial keluarga, sehingga pengeluaran tetap terkendali dan tidak melebihi pendapatan.

- c) Menyusun strategi untuk memenuhi kebutuhan tersebut sesuai dengan kemampuan keluarga

Setelah menentukan prioritas, langkah berikutnya adalah menyusun strategi agar kebutuhan keluarga dapat dipenuhi dengan sumber daya yang tersedia. Beberapa strategi yang dapat dilakukan antara lain: 1) Membuat anggaran keluarga, yaitu merencanakan pemasukan dan pengeluaran agar tetap seimbang dan tidak mengalami defisit, 2) Mengoptimalkan sumber daya yang dimiliki, misalnya dengan menghemat listrik, memasak sendiri untuk mengurangi biaya makan di luar, atau memanfaatkan transportasi umum daripada kendaraan pribadi, 3) Mencari sumber penghasilan tambahan, seperti usaha sampingan atau investasi kecil-kecilan, dan 4) Menabung dan berinvestasi untuk menghadapi kebutuhan masa depan, seperti dana pendidikan anak atau dana pensiun.

2) Pengorganisasian (Organizing)

Tahap ini melibatkan pengaturan dan pembagian tugas dalam keluarga agar rencana yang telah dibuat dapat dijalankan dengan efektif. Beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam pengorganisasian, antara lain:

- a) Pembagian peran dan tanggung jawab, misalnya suami bekerja mencari nafkah, istri mengelola keuangan, anak-anak memiliki tugas rumah tangga sesuai usia.
- b) Koordinasi sumber daya, seperti mengatur pengeluaran keuangan agar tetap seimbang atau mengatur jadwal kerja atau tugas harian dan waktu bersama keluarga agar semua kebutuhan dapat terpenuhi dengan efisien.
- c) Pemanfaatan sarana dan prasarana, seperti peralatan rumah tangga atau teknologi untuk mendukung efektivitas manajemen keluarga.

3) Pelaksanaan/Pengarahan (Leading/Directing)

Setelah perencanaan dan pengorganisasian selesai, tahap berikutnya adalah pelaksanaan atau pengarahan. Tahap ini merupakan proses menjalankan rencana yang telah dibuat sesuai dengan pembagian tugas dan tanggung

jawab yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, keluarga menggunakan sumber daya yang dimiliki secara efektif dan efisien. Keluarga menggunakan sumber daya yang dimiliki secara efektif dan efisien. Contoh pelaksanaan dalam keluarga meliputi: 1) Membelanjakan uang sesuai anggaran yang telah disusun, 2) Menggunakan waktu secara produktif, misalnya dengan membagi waktu antara pekerjaan, pendidikan, dan rekreasi, serta 3) Memanfaatkan sumber daya yang ada secara optimal, seperti menggunakan listrik dan air dengan bijak untuk menghemat biaya. Dalam tahap pelaksanaan, diperlukan:

- a) Kepemimpinan dalam keluarga, di mana orang tua berperan sebagai pemimpin dalam mengarahkan dan memberikan contoh yang baik.
- b) Motivasi dan komunikasi, agar semua anggota keluarga bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama.
- c) Fleksibilitas dalam menghadapi perubahan, seperti menyesuaikan rencana jika ada keadaan darurat atau perubahan keuangan.

4) Pengendalian (Controlling)

Tahap terakhir dalam pengelolaan sumber daya adalah mengendalikan dan mengevaluasi penggunaan sumber daya agar tetap sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Evaluasi ini penting untuk melihat apakah penggunaan sumber daya sudah optimal atau perlu dilakukan perbaikan. Beberapa langkah yang dilakukan dalam tahap ini antara lain:

- a) Meninjau kembali anggaran keluarga dan menyesuaikannya jika diperlukan.
- b) Mengidentifikasi pemborosan atau ketidakefisienan dalam penggunaan sumber daya.
- c) Membuat perbaikan atau perubahan strategi untuk pengelolaan sumber daya yang lebih baik di masa depan.

Dengan menjalankan proses ini secara sistematis, keluarga dapat mengelola sumber daya dengan lebih baik, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

c. Output (Luaran)

Hasil dari manajemen sumber daya keluarga dapat berupa:

a) Kesejahteraan ekonomi

Kesejahteraan ekonomi dalam keluarga tercapai melalui pengelolaan keuangan yang baik. Aspek ini mencakup perencanaan anggaran, pengendalian pengeluaran, tabungan, investasi, serta kemampuan memenuhi kebutuhan dasar dan masa depan keluarga. Dengan manajemen

keuangan yang baik, keluarga dapat menghindari masalah keuangan yang berpotensi mengganggu stabilitas rumah tangga.

b) Kesejahteraan sosial

Kesejahteraan sosial dalam keluarga merujuk pada hubungan harmonis antar anggota keluarga. Hal ini dapat dicapai melalui komunikasi yang efektif, kerja sama, dan dukungan emosional satu sama lain. Hubungan sosial yang baik dalam keluarga berkontribusi pada terciptanya lingkungan yang penuh kasih sayang, toleransi, dan saling pengertian.

c) Kesejahteraan fisik

Kesejahteraan fisik berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar keluarga seperti pangan, sandang, dan papan. Selain itu, aspek ini juga mencakup kesehatan anggota keluarga, pola makan yang seimbang, akses terhadap layanan kesehatan, serta kebiasaan hidup sehat yang mendukung kualitas hidup.

d) Kesejahteraan psikologis

Kesejahteraan psikologis dalam keluarga tercermin dari kepuasan hidup, kebahagiaan, dan ketenangan batin. Faktor yang mendukung kesejahteraan psikologis antara lain adanya dukungan emosional, rasa dihargai, dan lingkungan yang aman serta nyaman. Dengan kesejahteraan psikologis yang baik, setiap anggota keluarga dapat merasa lebih termotivasi, produktif, dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

d. Umpan Balik (*Feedback*)

Umpan balik merupakan tahap penting dalam siklus manajemen sumber daya keluarga. Pada tahap ini, keluarga melakukan evaluasi terhadap hasil pengelolaan sumber daya yang telah dijalankan, baik sumber daya material maupun non-material. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan hasil nyata dengan tujuan awal yang telah ditetapkan.

Apabila ditemukan adanya kekurangan, hambatan, atau penyimpangan dari rencana, keluarga perlu melakukan penyesuaian strategi penggunaan sumber daya. Misalnya, jika pengeluaran melebihi pendapatan, keluarga dapat mengatur ulang prioritas kebutuhan, mengurangi biaya yang tidak mendesak, atau mencari tambahan sumber penghasilan. Dengan demikian, umpan balik berfungsi sebagai mekanisme koreksi agar penggunaan sumber daya tetap efisien dan efektif. Melalui pengelolaan sumber daya yang optimal berdasarkan evaluasi umpan balik, keluarga mampu mencapai empat aspek kesejahteraan keluarga, yaitu:

a) Kesejahteraan ekonomi

Yakni adanya pengelolaan keuangan yang sehat, pendapatan yang memadai, serta kemampuan menabung dan berinvestasi.

Contoh: Dalam Pengelolaan Keuangan Keluarga

Situasi: Keluarga menetapkan tujuan menabung Rp. 1.000.000 per bulan untuk biaya pendidikan anak. Evaluasi (*feedback*): Setelah dievaluasi, ternyata tabungan hanya terkumpul Rp. 600.000 karena pengeluaran sehari-hari membengkak pada belanja konsumtif, maka tindakan korektif: Keluarga kemudian menyesuaikan anggaran dengan mengurangi jajan di luar rumah, mengatur ulang prioritas kebutuhan, dan membuat daftar belanja yang lebih terkontrol.

b) Kesejahteraan sosial

Yakni terjalinnya hubungan harmonis antar anggota keluarga serta keterlibatan dalam lingkungan sosial yang positif.

Contoh Pengelolaan Relasi Sosial

Situasi: Keluarga ingin memperkuat hubungan dengan tetangga melalui kegiatan sosial. Evaluasi (*feedback*): Setelah dievaluasi, ternyata partisipasi masih minim karena jadwal kegiatan sering bentrok dengan waktu kerja, maka tindakan korektifnya: Keluarga memilih ikut kegiatan yang waktunya lebih fleksibel, misalnya arisan RT atau kerja bakti pada hari libur.

c) Kesejahteraan fisik

Yakni terpenuhinya kebutuhan dasar seperti pangan, sandang, papan, dan kesehatan.

Contoh: Pengelolaan Energi dan Kesehatan

Situasi: Keluarga berencana rutin olahraga bersama minimal tiga kali seminggu. Evaluasi (*feedback*): Setelah satu bulan, hanya terlaksana sekali seminggu karena kesibukan masing-masing, maka tindakan korektifnya: Keluarga menyesuaikan target menjadi olahraga ringan di rumah (senam atau jalan pagi) yang lebih mudah dijalankan bersama.

d) Kesejahteraan psikologis

Yakni terciptanya rasa aman, bahagia, dan tenteram dalam kehidupan keluarga sehari-hari.

Contoh: Pengelolaan Waktu

Situasi: Orang tua berencana meluangkan waktu dua jam setiap malam untuk mendampingi anak belajar. Evaluasi (*feedback*): Setelah dievaluasi, ternyata jadwal ini sering tidak terlaksana karena orang tua pulang larut akibat pekerjaan, maka tindakan korektifnya: Keluarga sepakat

mengganti waktu belajar bersama di akhir pekan atau menjadwalkan belajar bersama lebih awal sebelum orang tua berangkat kerja.

Umpan balik dalam manajemen sumber daya keluarga bukan sekadar evaluasi, tetapi juga langkah adaptif yang memastikan setiap keputusan keluarga mengarah pada stabilitas, kebahagiaan, dan kesejahteraan yang berkelanjutan.

D. Latihan Soal

Setelah saudara menyimak uraian materi diatas, selanjutnya dipersilahkan untuk menjawab soal-soal secara mandiri.

Soal Pilihan Ganda

1. Manajemen sumber daya keluarga pada dasarnya bertujuan untuk...
 - A. Meningkatkan jumlah aset material keluarga
 - B. Menjamin seluruh kebutuhan keluarga terpenuhi secara efektif dan efisien
 - C. Menghapuskan peran tradisional dalam keluarga
 - D. Mengurangi jumlah anggota keluarga agar lebih mudah diatur
 - E. Mengalihkan tanggung jawab keluarga ke masyarakat

2. Yang termasuk dalam sumber daya non-material keluarga adalah...
 - A. Pendapatan, tabungan, kendaraan
 - B. Rumah, pakaian, makanan
 - C. Pendidikan, kesehatan, relasi sosial, nilai, dan motivasi
 - D. Tanah, aset, peralatan rumah tangga
 - E. Waktu, uang, tabungan

3. Salah satu manfaat dari manajemen keluarga adalah...
 - A. Mengurangi jumlah anggota keluarga
 - B. Membuat keluarga lebih tergantung pada lingkungan sosial
 - C. Membantu mengatasi masalah keluarga dan meningkatkan komunikasi
 - D. Memastikan semua anggota keluarga bekerja di luar rumah
 - E. Menghapuskan nilai dan norma keluarga

4. Dalam sistem manajemen sumber daya keluarga, yang dimaksud dengan *input* adalah...
 - A. Kesejahteraan ekonomi, sosial, fisik, dan psikologis keluarga
 - B. Proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian

- C. Semua sumber daya yang dimiliki keluarga, seperti finansial, manusia, sosial, fisik, waktu, dan psikologis
 - D. Penilaian dan perbaikan strategi keluarga
 - E. Pembagian peran dan tanggung jawab dalam keluarga
5. Tahapan terakhir dalam proses manajemen sumber daya keluarga adalah...
- A. Perencanaan (Planning)
 - B. Pengorganisasian (Organizing)
 - C. Pelaksanaan (Directing/Leading)
 - D. Evaluasi dan Pengendalian (Controlling)
 - E. Penentuan prioritas kebutuhan

Soal Esai

1. Jelaskan pengertian manajemen sumber daya keluarga?
2. Sebutkan dan jelaskan kategori sumber daya keluarga beserta contohnya?
3. Uraikan tahapan utama dalam proses manajemen sumber daya keluarga?
4. Jelaskan manfaat manajemen keluarga bagi kesejahteraan keluarga?
5. Apa saja output (luaran) dari manajemen sumber daya keluarga yang berhasil dijalankan oleh keluarga?

Kunci jawaban

1. B
2. C
3. C
4. C
5. D

E. Rangkuman Materi

Manajemen sumber daya keluarga merupakan proses penting dalam menjaga kesejahteraan dan keharmonisan keluarga. Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat memiliki tantangan dalam menghadapi keterbatasan sumber daya, perubahan sosial, serta kebutuhan hidup yang terus meningkat. Melalui manajemen yang baik, keluarga dapat mengatur waktu, tenaga, uang, keterampilan, dan nilai-nilai yang dimiliki agar dapat dimanfaatkan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan bersama. Manajemen sumber daya keluarga merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian berbagai sumber daya, baik material maupun non-material untuk memenuhi kebutuhan dasar, meningkatkan kualitas hidup, serta mencapai tujuan jangka pendek dan panjang.

Manajemen ini membantu keluarga dalam membuat keputusan, menetapkan prioritas, dan beradaptasi dengan perkembangan zaman.

Jenis sumber daya keluarga, berupa material (fisik) meliputi pendapatan, aset, waktu, dan kebutuhan dasar, dan non-material (non-fisik), meliputi pendidikan, keterampilan, kesehatan, relasi sosial, nilai/norma keluarga, pengetahuan, serta motivasi hidup. Pengelolaan yang baik terhadap kedua jenis sumber daya ini akan meningkatkan kesejahteraan keluarga, baik secara ekonomi, sosial, fisik, maupun psikologis. Manajemen sumber daya keluarga bertujuan untuk: 1) memenuhi kebutuhan dasar (pangan, sandang, papan, pendidikan, kesehatan), 2) meningkatkan kualitas hidup fisik, emosional, sosial, dan spiritual, 3) mencapai tujuan jangka pendek dan panjang keluarga, 4) mengurangi pemborosan dan konflik akibat keterbatasan sumber daya, dan 5) meningkatkan ketahanan keluarga dalam menghadapi krisis.

Manajemen ini dipandang sebagai sistem yang terdiri dari: Input: berupa sumber daya finansial, manusia, sosial, fisik, waktu, dan psikologis, Proses: mencakup perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian, Output: yakni menghasilkan kesejahteraan ekonomi, sosial, fisik, dan psikologis, serta Feedback: evaluasi dan penyesuaian untuk perbaikan pengelolaan ke depan. Tahapan manajemen sumber daya keluarga, meliputi: 1) Perencanaan: menetapkan tujuan, kebutuhan, prioritas, dan strategi pemanfaatan sumber daya, 2) Pengorganisasian: pembagian peran, tanggung jawab, serta pengaturan sarana dan prasarana, 3) Pelaksanaan: menjalankan rencana melalui kepemimpinan, motivasi, komunikasi, dan fleksibilitas, serta 4) Evaluasi dan Pengendalian: menilai hasil, mengidentifikasi hambatan, serta memperbaiki strategi agar lebih efektif. Manajemen sumber daya keluarga menjadi kunci dalam menciptakan keluarga yang sejahtera, harmonis, dan berdaya. Melalui pengelolaan yang sistematis, keluarga dapat memanfaatkan potensi yang dimiliki secara optimal, menghadapi keterbatasan dengan bijak, serta merencanakan masa depan dengan lebih baik.

F. Glosarium

Sumber Daya Keluarga (SDK): Segala bentuk potensi, dukungan, dan aset yang dimiliki atau dapat diakses keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup, baik material maupun non-material.

Sumber Daya Material (Fisik): Sumber daya yang berwujud dan dapat diukur, seperti pendapatan, aset (rumah, tanah, kendaraan), dan waktu.

Sumber Daya Non-Material (Non-Fisik): Sumber daya yang tidak berwujud namun penting untuk kesejahteraan keluarga, seperti pendidikan, kesehatan, relasi sosial, nilai-nilai, informasi, motivasi, dan semangat hidup.

Manajemen Keluarga: Proses mengatur, mengelola, dan memanfaatkan sumber daya keluarga (uang, waktu, tenaga, keterampilan, nilai) agar tercapai kesejahteraan bersama.

Manajemen Sumber Daya Keluarga: Upaya keluarga dalam merencanakan, mengorganisasikan, melaksanakan, dan mengendalikan pemanfaatan sumber daya (material dan non-material) untuk mencapai tujuan hidup yang sejahtera dan harmonis.

Kesejahteraan Keluarga: Kondisi tercapainya pemenuhan kebutuhan dasar (pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan), hubungan sosial harmonis, kesehatan fisik, serta kepuasan psikologis anggota keluarga.

Perencanaan Anggaran Keluarga: Strategi mengatur pemasukan dan pengeluaran agar kebutuhan terpenuhi tanpa menimbulkan defisit keuangan.

Ketahanan Keluarga: Kemampuan keluarga untuk bertahan menghadapi perubahan, krisis, atau tantangan hidup melalui pengelolaan sumber daya yang baik.

Nilai dan Norma Keluarga: Prinsip-prinsip yang menjadi pedoman perilaku anggota keluarga, seperti kejujuran, tanggung jawab, disiplin, dan kerja sama.

G. Daftar Pustaka

- Andayani, T. R., & Hartati, N. S. (2017). Psikologi Keluarga: Pengantar Untuk Memahami Keluarga. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Astuti, S., & Fauziah, N. (2020). Manajemen sumber daya keluarga dalam meningkatkan kesejahteraan keluarga. *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen*, 13(2), 145–156. <https://doi.org/10.24156/jikk.2020.13.2.145>
- Astuti, W., & Yuliana, S. (2019). Manajemen sumber daya keluarga. Jakarta: Rajawali Pers.
- Dewi, R. K., & Puspitawati, H. (2016). Manajemen sumber daya keluarga: Teori dan aplikasi. Bogor: IPB Press.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). Family nursing: Research, theory, & practice (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Handayani, S. (2020). Pengelolaan Sumber Daya Keluarga Untuk Meningkatkan Kesejahteraan Rumah Tangga. *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen*, 13(2), 105–116. <https://doi.org/10.24156/jikk.2020.13.2.105>
- Handayani, S., & Rachmawati, D. (2016). Manajemen Sumber Daya Keluarga. Jakarta: Prenadamedia Group.

- Hurlock, E. B. (2012). Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan (5th ed.). Jakarta: Erlangga.
- Sastramidjaja, Y. S. (2013). Manajemen Sumber Daya dalam Keluarga. Bandung: Alfabeta.
- Sunarti, E. (2018). Ketahanan keluarga: Konsep dan pengukurannya. Bogor: IPB Press.
- Suprpti, V. (2010). Pengelolaan Sumber Daya Keluarga. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Supriyadi, S., & Puspitawati, H. (2019). Peran manajemen keluarga dalam meningkatkan kesejahteraan rumah tangga. *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen*, 12(3), 220–231. <https://doi.org/10.24156/jikk.2019.12.3.220>

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA BERBASIS 3 STANDAR PPNI (STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA, STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA DAN STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA)

Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan menerapkan asuhan keperawatan keluarga yang komprehensif dan efektif berbasis 3 standar asuhan keperawatan (SDKI, SIKI, SLKI)

Tujuan Instruksional Khusus:

- Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep asuhan keperawatan keluarga
- Mahasiswa mampu menganalisis diagnosis keperawatan keluarga berbasis standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI)
- Mahasiswa mampu menentukan rencana asuhan keperawatan keluarga berbasis standar intervensi keperawatan (SIKI)
- Mahasiswa mampu mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan keluarga
- Mahasiswa mampu mengevaluasi hasil intervensi keperawatan keluarga

Capaian Pembelajaran:

Kognitif:

- Mampu menjelaskan Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga berbasis 3 Standar asuhan keperawatan.
- Mampu menjelaskan pengkajian keperawatan keluarga
- Mampu menganalisis Diagnosis keperawatan keluarga fokus pada diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)
- Mampu menentukan intervensi keperawatan keluarga fokus pada standar intervensi keperawatan (SIKI)
- Mampu implementasi rencana asuhan keperawatan yang sudah disusun
- Mampu mengevaluasi keberhasilan implementasi keperawatan yang telah dilakukan

Afektif

Asuhan Keperawatan Keluarga Berbasis 3 Standar Ppni (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Standar Luaran Keperawatan Indonesia Dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)

- Mahasiswa mampu menunjukkan kepekaan terhadap budaya yang dianut oleh keluarga
- Mampu berkomunikasi efektif dalam berinteraksi dengan keluarga dengan mempertahankan *caring*

Psikomotor

- Mampu Menerapkan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan kode etik Perawat Indonesia.
- Mampu memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan budaya dan latar belakang sosial berbasis Standar asuhan keperawatan Indonesia (SDKI, SLKI dan SIKI)

Pendahuluan

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses pemberian pelayanan kepada keluarga sebagai fokus dengan melibatkan anggota keluarga dalam seluruh proses asuhan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan dengan memodifikasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari profesi lain termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sektor lain di komunitas. Pada Bab ini akan membahas tentang konsep asuhan keperawatan, proses pengkajian keluarga, proses perumusan masalah yang menggunakan pendekatan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), proses perencanaan yang berorientasi pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), proses implementasi dan evaluasi yang juga berorientasi pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Materi pada BAB ini juga terintegrasi dengan program pemerintah yaitu Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS- PK) BAB ini bertujuan untuk memberikan pemahaman lebih kepada mahasiswa tentang asuhan keperawatan yang berbasis 3 Standar PPNI. Pada BAB ini dilengkapi dengan contoh- contoh kasus yang dapat menggiring mahasiswa dalam mengidentifikasi masalah keperawatan keluarga, selain itu bab ini juga membahas tentang soal- soal Uji kompetensi.

Uraian Materi

Pada BAB ini akan membahas tentang konsep asuhan keperawatan keluarga, pengkajian keluarga, perumusan masalah keperawatan keluarga, intervensi, implementasi dan evaluasi tindakan dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga yang berorientasi pada 3 standar keperawatan Indonesia (SDKI, SLKI dan SIKI). BAB ini akan membantu mahasiswa ataupun perawat dalam menyelesaikan masalah keperawatan keluarga.

A. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses keperawatan yang sistematis melalui 5 tahap proses asuhan mulai dari pengkajian, perumusan masalah, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi asuhan keperawatan keluarga. Pemberian Asuhan Keperawatan yang berfokus pada keluarga adalah proses pelayanan secara holistik baik bio psiko, sosial dan spiritual pada masing-masing anggota keluarga. Menurut Depkes RI (2010) mengartikan keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (Fadhilah, 2021).

B. Pengkajian Keperawatan Keluarga

1. Konsep Pengkajian Keluarga

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses pemberian asuhan keperawatan keluarga sebelum menentukan masalah keperawatan yang ada pada keluarga. Pada tahap ini bertujuan untuk mendapatkan data terkait dengan keluarga mulai dari data demografi, tipe keluarga, riwayat kesehatan, tahap perkembangan keluarga, karakteristik rumah dan lingkungan, fungsi keluarga stres dan coping keluarga, harapan keluarga sampai dengan pemeriksaan fisik.

Pada saat melakukan pengkajian ada beberapa metode untuk mendapatkan data. Berikut metode dalam mendapatkan data saat pengkajian.

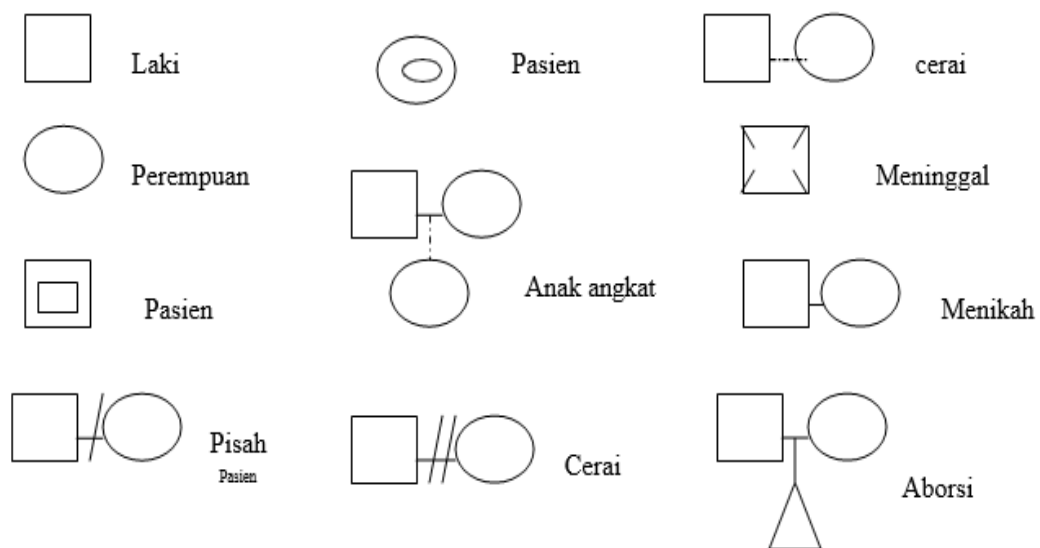
a. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada seluruh anggota keluarga untuk mendapatkan data yang akurat dan valid. Wawancara dapat dilakukan secara langsung ataupun melalui wawancara dengan anggota keluarga lainnya. Data yang perlu dilakukan untuk mendapatkan data melalui wawancara adalah sebagai berikut:

- 1) Data demografi/ data umum yang berisikan identitas kepala keluarga, komposisi keluarga, genogram, tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi.
 - 2) Status sosial ekonomi
 - 3) Tahap perkembangan keluarga
 - 4) Riwayat kesehatan keluarga
 - 5) Karakteristik rumah
 - 6) Karakteristik tetangga
 - 7) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat
 - 8) Sistem pendukung keluarga
 - 9) Pola Komunikasi Keluarga
 - 10) Struktur Kekuatan Keluarga
 - 11) Struktur Peran
 - 12) Nilai dan Norma Keluarga
 - 13) Fungsi Keluarga
 - 14) Stres dan Koping Keluarga
 - 15) Harapan Keluarga
- b. Pemeriksaan Fisik
- Pemeriksaan fisik dilakukan kepada seluruh anggota keluarga baik melalui Kepala sampai ke kaki, atau pemeriksaan fisik persistem.
- c. Studi Dokumentasi
- Studi Dokumentasi dilakukan ketika ada data sekunder yang mendukung pemeriksaan kesehatan anggota keluarga. Studi dokumentasi dapat berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan USG , hasil rontgen dan lain- lain.
- d. Observasi
- Observasi dilakukan untuk melengkapi data seperti data lingkungan rumah dan tetangga.

2. Panduan Pengkajian Keperawatan Keluarga

- a. Data Umum
- Kaji data umum yang berisikan identitas kepala keluarga, komposisi keluarga, genogram.
- Komposisi Keluarga berisikan anggota identitas anggota keluarga, usia , hubungan dengan kepala keluarga, serta status imunisasi dari masing- masing anggota keluarga.
- Untuk Genogram menggunakan simbol simbol seperti di bawah ini :



Gambar 7.1 Simbol dalam Pembuatan Genogram

b. Tipe Keluarga

Kaji mengenai jenis tipe/ bentuk keluarga beserta kendala dan masalah yang terjadi dengan jenis tipe /bentuk keluarga tersebut.

c. Suku Bangsa

Kaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan. Identifikasi bagaimana menyikapi perbedaan yang terjadi dalam keluarga dan bagaimana keluarga beradaptasi terhadap perbedaan tersebut, apakah berhasil atau tidak dan kesulitan-kesulitan apa yang masih dirasakan sampai saat ini sehubungan dengan proses adaptasi tersebut.

d. Agama

Kaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan. Apakah berasal dari agama dan kepercayaan yang sama atau tidak. Kalau tidak bagaimana proses adaptasi dilakukan dan bagaimana hasilnya.

e. Status Sosial Ekonomi

Kaji status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik oleh kepala keluarga maupun anggota keluarganya. Selain itu status ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

Tingkat sosial ekonomi keluarga:

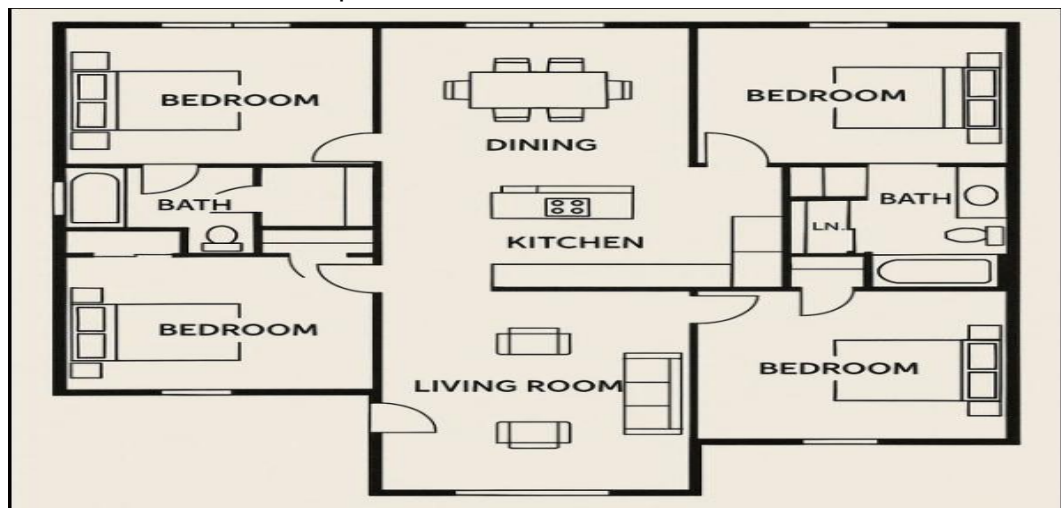
- 1) Adekuat: bila keluarga mampu memenuhi kebutuhan primer maupun sekunder dan keluarga mempunyai tabungan;

- 2) Marginal: bila keluarga tidak mempunyai tabungan, tetapi dapat memenuhi kebutuhan sehari- hari.
 - 3) Miskin: bila keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari- hari
 - 4) Sangat miskin : bila keluarga membutuhkan bantuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.
- f. Aktivitas Rekreasi:
- Kaji rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi. Seberapa sering rekreasi dilakukan dan apa kegiatan yang dilakukan baik oleh keluarga secara keseluruhan maupun oleh anggota keluarga. Eksplorasi perasaan keluarga setelah rekreasi, apakah keluarga puas atau tidak. rekreasi dilakukan untuk memperkuat dan mempertahankan ikatan keluarga, memperbaiki perasaan masing- masing anggota keluarga curah pendapat/ sharing, menurunkan ketegangan dan untuk bersenang- senang.
- g. Tahap Perkembangan Keluarga Saat ini
- Kaji tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti. Contoh : Keluarga Tn. A mempunyai 2 orang anak, anak pertama berumur 7 tahun dan anak ke 2 berumur 4 tahun, maka keluarga Tn. A berada pada tahap perkembangan keluarga dengan usia anak sekolah. Dan jelaskan tugas- tugas keluarga sesuai dengan tahap perkembangannya.
- h. Tahap Perkembangan Keluarga yang belum Terpenuhi
- Kaji tentang tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi. Apa usaha yang dilakukan oleh keluarga dan apa hasil yang diperoleh dari usaha tersebut. Tanyakan apakah keluarga puas dengan hasil yang telah dicapai. Bila belum puas apa rencana selanjutnya.
- i. Riwayat Keluarga Inti
- Kaji mengenai bagaimana keluarga terbentuk. Contoh : apakah pacaran sebelum menikah, dijodohkan, terpaksa, dll. Riwayat kesehatan pada keluarga inti yang meliputi riwayat penyakit keturunan, Riwayat kesehatan yang masing – masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit (status imunisasi), sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan keluarga serta pengalaman – pengalaman terhadap pelayanan kesehatan. Tanyakan apa keluhan yang dirasakan oleh setiap anggota keluarga saat ini (tulis semua kata- kata yang dilontarkan oleh keluarga)
- j. Riwayat Keluarga Sebelumnya
- Kaji mengenai riwayat kesehatan keluarga dari pihak suami dan istri.

k. Karakteristik Rumah

Kaji karakteristik rumah. Identifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah. Jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabot rumah tangga, jenis septiktank, jarak septik tank dengan sumber air minum yang digunakan, jada atau tidaknya fentilasi, ada atau tidak kandang ternak, berapa jarak antara kandang ternak dengan rumah serta denah rumah. Apakah rumah dan lingkungan sekitar telah memenuhi syarat- syarat lingkungan sehat, tingkat keamanan dalam penggunaan fasilitas yang ada di rumah. Apakah privasi masing- masing anggota keluarga adekuat dan eksplorasi perasaan anggota keluarga tentang keadaan rumah. Contoh : puas/ tidak, memadai atau tidak.

Sertakan denah rumah seperti contoh berikut:



Gambar 7.2 Denah Rumah

l. Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Kaji mengenai karakteristik tetangga meliputi urban, suburban, pedesaan hunian, industri, agraris, bagaimana keamanan jalan yang digunakan. Karakteristik komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan, / kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan, pekerjaan masyarakat. Umumnya tingkat kepadatan penduduk, stabil/ tidak, pelayanan kesehatan/ pelayanan sosial yang ada dan tingkat kriminalitas yang terjadi.

m. Mobilitas Geografis

Kaji mobilitas keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat. Tinggal di daerah sekarangsudah berapa lama dan apakah sudah mampu beradaptasi dengan lingkungan setempat.

n. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Kaji mengenai waktu yang digunakan untuk keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada serta sejauhmana intraksi keluarga dengan ada. Bagaimana persepsi keluarga terhadap masyarakat sekitar ? dan keterangan lain yang dapat menunjang data.

o. Sistem Pendukung Keluarga

Kaji sistem pendukung keluarga berupa jumlah anggota keluarga yang sehat, siapa yang sering merawat anggota keluarga yang sakit, fasilitas- fasilitas yang ada untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis, atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas atau dukungan dari masyarakat setempat. Contoh fasilitas : toga, kendaraan yang dapat menjangkau YANKES, P3K dll.

p. Pola Komunikasi Keluarga

Kaji tentang cara/ pola berkomunikasi antar anggota keluarga. Pola komunikasi :

- 1) Fungsional : apabila komunikasi secara efektif , proses komunikasi berlangsung 2 arah dan saling memuaskan kedua belah pihak;
- 2) Disfungsional : apabila komunikasi tidak fokus pada 1 ide pembicaraan sehingga pesan tidak jelas, apabila bertahan pada pendapatnya masing-masing dan tidak dapat menerima pendapat orang lain , sehingga pembicaraan menjadi buntu/ tidak berkembang, serta ada pesan- penting yang ditutupi, padahal penting untuk dibicarakan

q. Struktur kekuatan Keluarga

Kaji bagaimana proses pengambilan keputusan :

- 1) Konsensus, apabila perbedaan masih dapat disatukan, merupakan proses pengambilan keputusan yang paling sehat
- 2) Akomodasi, apabila perbedaan tidak dapat disatukan (tawar- menawar, kompromi, paksaan)
- 3) Defakto, Apabila keputusan diserahkan pada yang melaksanakan. Contohnya : KB. Bagaimana hasil keputusan akhir, memuaskan / tidak, bila tidak apa yang dilakukan. Kesimpulannya bagaimana kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.

r. Struktur Peran

Kaji peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal (suami, istri, ayah, ibu, anak- anak, saudara,dsb) maupun informal pengharmonis, penyalah, pendamai, dominator, keras kepala dan bagaimana pelaksanaannya. Apakah ada yang mempengaruhi pelaksanaannya. Bagaimana peran lin

dilaksanakan. Contoh : Ibu berperan sebagai ayah , jika ayah yang telah meninggal.

s. Nilai dan Norma Keluarga

Kaji mengenai nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan. Bagaimana nilai dan norma menjadi suatu keyakinan dan diinterpretasikan dalam bentuk perilaku. Apakah perilaku ini dapat diterima oleh masyarakat.

t. Fungsi Keluarga

Fungsi Keluarga menurut Friedman ada 5 yaitu : Fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, fungsi perawatan kesehatan, fungsi reproduksi. (Supriadi, 2025)

1) Fungsi Afektif

Kaji bagaimana anggota keluarga mempersepsikan keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial (membentuk sifat- sifat kemanusiaan, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin hubungan yang akrab, menumbuhkan konsep diri yang positif). Hal yang perlu dikaji : gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2) Fungsi Sosialisasi

Hal yang perlu dikaji : bagaimana membesarkan anak, siapa yang melakukan, adakan budaya- budaya yang mempengaruhi pola pengasuhan, ada masalah dalam memberikan pola pengasuhan dan bagaimana keamanan dalam memberikan pengasuhan. Sosialisasi dilakukan dimulai dari lahir sampai meninggal karena sosialisasi merupakan proses belajar yang menghasilkan perubahan perilaku respon terhadap situasi (tumbuh kembang keluarga dan tumbuh kembang anak) yang terpolakan secara sosial.

3) Fungsi Ekonomi

Hal yang perlu dikaji :

- a) Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan
- b) Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

4) Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga (Husnaniyah, 2022)

Kaji sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauhmana pengetahuan

keluarga mengenai sehat- sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu:

- a) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan
- b) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan
- c) Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
- d) Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- e) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

Hal- hal yang perlu dikaji sejauhmana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga :

- a) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
Hal yang perlu dikaji : Sejauhmana keluarga mengetahui mengenai fakta- fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah .
- b) Untuk Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat. Hal yang perlu dikaji:
 - (1)Sejauhmana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah.
 - (2)Apakah kesehatan keluarga dirasakan keluarga
 - (3)Apakah keluarga menyalahkan terhadap masalah yang dialami
 - (4)Apakah keluarga merasa takut akan akibat dari penyakit
 - (5)Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan
 - (6)Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada
 - (7)Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - (8)Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah
- c) Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit. Hal yang perlu dikaji:
 - (1) Sejauhmana keluarga mempunyai sumber- sumber keluarga yang dimiliki
 - (2) Sejauhmana keluarga melihat keuntungan / manfaat pemeliharaan lingkungan.
 - (3) Sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya hygiene sanitasi
 - (4) Sejauhmana sikap, pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi

- (5) Sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit
- (6) Sejauhmana kekompakan antar anggota keluarga
- d) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat. Hal yang perlu dikaji:
 - (1) Sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan
 - (2) Sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
 - (3) Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
 - (4) Apakah fasilitas kesehatan terjangkau oleh keluarga
- 5) Fungsi Reproduksi

Hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

 - a) Berapa jumlah anak
 - b) Bagaimana keluarga merencanakan berapa jumlah anak
 - c) Metode apa yang digunakan keluarga dalam upaya pengendalian jumlah anak
 - d) Pola hubungan seksual
- u. Stres dan Koping Keluarga

Kaji terkait stres jangka pendek yaitu dialami keluarga $\pm$ 6 bulan, sedangkan stres jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga lebih dari 6 bulan
- v. Kemampuan Keluarga Berespon

Hal yang perlu dikaji adalah bagaimana keluarga berespon terhadap situasi/stressor baik jangka pendek maupun jangka panjang
- w. Strategi Koping yang digunakan

Strategi koping konstruktif yang digunakan keluarga bila menanggapi permasalahan
- x. Harapan Keluarga

Tanyakan tentang harapan keluarga, terhadap petugas kesehatan yang ada.
- y. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan kepada seluruh anggota keluarga mulai dari kepala sampai dengan kaki, atau pemeriksaan fisik persistem (sistem saraf, sistem kardio vaskuler, sistem pernafasan, sistem pencernaan, sistem integumen, sistem muskuloskeletal, sistem eliminasi dan defekasi, sistem imun dan hematologi serta sistem reproduksi).

C. Perumusan Diagnosis Keperawatan Keluarga berbasis SDKI

Perumusan diagnosis keperawatan merupakan tahap lanjut dari pengkajian. Dalam merumuskan diagnosis keperawatan, perawat dituntut untuk menganalisis dan berfikir kritis agar mendapatkan diagnosis yang tepat untuk masalah keluarga. Diagnosis keperawatan merupakan salah *entry point* untuk merumuskan intervensi keperawatan.

Perumusan diagnosis keperawatan yang awalnya menggunakan *NIC NOC* namun sekarang berubah menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Proses perumusan masalah keperawatan dilakukan dengan mengumpulkan data yang sesuai dan menganalisis hasil pengkajian keluarga untuk selanjutnya mencocokkan masalah dengan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI). Standar diagnosis ini bertujuan untuk menjadi pedoman dan acuan bagi mahasiswa dalam menegakkan diagnosis keperawatan yang bermutu tepat sasaran, efektif dan sesuai dengan standar Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Ada 3 tipologi masalah keluarga yaitu ancaman kesehatan, kurang / tidak sehat dan situasi krisis. Tipologi diagnosis keperawatan berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia adalah aktual, risiko dan promosi kesehatan. (Esti Nur Janah, 2025)

Adapun diagnosis keperawatan yang mungkin muncul dalam keperawatan keluarga adalah sebagai berikut : (PPNI, 2016a)

Tabel 7.1 Daftar Diagnosis Keperawatan Keluarga Berdasarkan SDKI

Domain	Diagnosa Keperawatan SDKI
D 0019	Defisit Nutrisi
D 0026	Kesiapan peningkatan Nutrisi
D 0028	Menyusui tidak efektif
D 0070	Kesiapan Persalinan
D 0071	Pola Seksual Tidak Efektif
D 0073	Risiko Kehamilan Tidak Efektif
D 0074	Gangguan Rasa Nyaman
D 0075	Ketidaknyamanan Pasca Partum
D 0080	Ansietas
D 0081	Berduka
D 0090	Kesiapan Peningkatan koping Keluarga
D 0097	Penurunan Koping keluarga
D 0099	Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko
D 0106	Gangguan Tumbuh Kembang
D 0111	Defisit Pengetahuan
D 0112	Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan
D 0114	Ketidakpatuhan

D 0115	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif
D 0116	Manajemen Kesehatan Tidak Efektif
D 0117	Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif
Domain	Diagnosa Keperawatan SDKI
D 0118	Gangguan Interaksi Sosial
D 0120	Gangguan Proses Keluarga
D 0122	Kegiatan Peningkatan menjadi orang tua
D 0123	Kesiapan Peningkatan Proses Keluarga
D 0124	Ketegangan peran pemberi asuhan
D 0126	Pencapaian peran menjadi orang tua
D 0128	Risiko Proses pengasuhan Tidak Efektif

Setelah mengidentifikasi diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami keluarga, langkah selanjutnya adalah melakukan skoring. Skoring dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui diagnosis prioritas (utama). Ada 4 indikator penilaian dalam menentukan skoring diagnosis keperawatan yaitu melihat sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah, dan menonjolnya masalah. Berikut tabel penentuan skoring:

Tabel. 7.2 Scoring Diagnosi Keperawatan Keluarga(Ressa, 2024)

No.	Indikator	Skor	Bobot	Skor
1	Sifat Masalah Skala : a. Aktual b. Risiko c. Potensial	3 2 1	1	<u>Skor x Bobot</u> Skor tertinggi
2	Kemungkinan Masalah dapat diubah Skala : a. Mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat diubah	2 1 0	2	<u>Skor x Bobot</u> Skor tertinggi
3	Potensial Masalah dapat dicegah Skala : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1	<u>Skor x Bobot</u> Skor tertinggi
4	Menonjolnya Masalah		1	<u>Skor x Bobot</u>

Skala :	2		Skor tertinggi
a. Masalah berat harus segera ditangani	1		
b. Tidak perlu segera ditangani	0		
c. Masalah tidak dirasakan			

Menentukan diagnosis prioritas dapat dilakukan dengan cara me menentukan pada skala berapa masalah kesehatan keluarga jika dilihat dari masing- masing indikator penilaian, dibagi dengan skor tertinggi, dikali dengan bobot. Berikut rumus skoring (total skor tertinggi adalah 5)

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Contoh 1:

Keluarga mengatakan Tn S mengalami nyeri kaki sehingga tidak bisa berjalan dan beraktifitas seperti biasa, Tn S juga merokok dan memiliki kebiasaan merokok di rumah. Maka kita dapat melakukan skoring sebagai berikut (perhatian bahwa skoring dilakukan bersama keluarga):

1. Nyeri pada keluarga Tn S

Tabel. 7.3 Contoh Skoring Diagnosisi Keperawatan Keluarga pada Kasus 1

No.	Indikator	Skor	Bobot	Skor
1	Sifat Masalah <u>aktual</u>	3	1	$\frac{\text{Skor} \times \text{Bobot}}{\text{Skor tertinggi}} = \frac{3 \times 1}{3} = 1$
2	Kemungkinan Masalah dapat diubah : <u>hanya sebagian</u>	1	2	$\frac{\text{Skor} \times \text{Bobot}}{\text{Skor tertinggi}} = \frac{1 \times 2}{2} = 1$
3	Potensial Masalah dapat dicegah : <u>cukup</u>	2	1	$\frac{\text{Skor} \times \text{Bobot}}{\text{Skor tertinggi}} = \frac{2 \times 1}{3} = \frac{2}{3}$
4	Menonjolnya Masalah Skala : <u>masalah berat harus segera ditangani</u>	2	1	$\frac{\text{Skor} \times \text{Bobot}}{\text{Skor tertinggi}} = \frac{2 \times 1}{2} = 1$
	Skor total			3 2/3

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa skor total adalah 3 2/3.

2. Perilaku kesehatan cenderung beresiko pada Tn S

Tabel. 7.4 Contoh Skoring Diagnosi Keperawatan Keluarga pada Kasus 1

No.	Indikator	Skor	Bobot	Skor
1	Sifat Masalah <u>risiko</u>	2	1	$\text{Skor} \times \text{Bobot} = 2 \times 1 = 2$ Skor tertinggi 3
2	Kemungkinan Masalah dapat diubah : <u>hanya sebagian</u>	1	2	$\text{Skor} \times \text{Bobot} = 1 \times 2 = 2$ Skor tertinggi 2
3	Potensial Masalah dapat dicegah : <u>cukup</u>	2	1	$\text{Skor} \times \text{Bobot} = 2 \times 1 = 2$ Skor tertinggi 3
4	Menonjolnya Masalah Skala : <u>masalah tidak dirasakan</u>	2	1	$\text{Skor} \times \text{Bobot} = 0 \times 1 = 0$ Skor tertinggi 2
	Skor total			2 1/3

Berdasarkan perhitungan skoring diatas dapat disimpulkan bahwa skor total untuk diagnosis perilaku kesehatan cenderung beresiko adalah 2 1/3. Maka dari 2 masalah tersebut skor tertinggi pada masalah nyeri pada Tn S dengan skor total 3 2/3.

D. Intervensi Keperawatan Keluarga Berbasis SIKI

Proses keperawatan selanjutnya adalah menentukan intervensi keperawatan keluarga berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Cara melihat intervensi pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) : (PPNI, 2016)
Buka tautan SDKI-SIKI pada buku SIKI, lalu cari diagnosis yang ditentukan.

1. Lalu lihat daftar intervensi keperawatan di halaman depan buku SIKI, Lalu lihat daftar intervensi keperawatan di halaman depan buku SIKI.

Tabel 7.5 Intervensi Keperawatan Keluarga (Berdasarkan SDKI)

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama dan Aktivitas	Intervensi Pendukung
1.	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	1. Dukung keluarga merencanakan perawatan a. Identifikasi kebutuhan dan harapan b. Identifikasi sumber- sumber	1. Edukasi Kesehatan a. sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan c. berikan kesempatan untuk bertanya

		yang dimiliki keluarga c. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga	d. jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan e. ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 2. Edukasi program pengobatan a. Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan b. Identifikasi pengobatan tradisional dan kemungkinan efek terhadap pengobatan c. Fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman d. Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar e. Jelaskan efek samping pengobatan f. Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan
No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama dan Aktivitas	Intervensi Pendukung
2	Perilaku kesehatan cenderung beresiko	1. Modifikasi Perilaku a. 2. Promosi perilaku upaya kesehatan a.	1. Dukung berhenti merokok a. Identifikasi keinginan berhenti merokok b. Identifikasi upaya berhenti merokok c. Diskusikan motivasi berhenti merokok d. Lakukan pendekatan psikoedukasi untuk mendukung dan membimbing upaya berhenti merokok e. Jelaskan efek langsung berhenti merokok

			f. Jelaskan berbagai intervensi dengan farmakoterapi misalnya ; terapi penggantian nikotin 2. Terapi pemberhentian merokok a. Identifikasi status merokok saat ini dan riwayat merokok b. Identifikasi alasan berhenti merokok c. Identifikasi kesiapan berhenti merokok d. Yakinkan gejala fisik putus nikotin bersifat sementara e. Kelola terapi pengganti nikotin f. Jelaskan manfaat berhenti merokok secara konsisten g. Informasikan pengganti nikotin h. Rujuk pada program kelompok atau terapis individu i. Rujuk pada sumber daya organisasi nasional dan lokal untuk dukungan pemberhentian merokok.
--	--	--	--

Intervensi tersebut jika dientri ke dalam asuhan keperawatan keluarga akan dimengacu kepada 5 tujuan khusus (TUK) atau 5 fungsi perawatan kesehatan keluarga, yaitu:

- a. TUK 1 : keluarga mampu mengenal masalah
- b. TUK 2 : Keluarga mampu memutuskan untuk merawat
- c. Tuk 3 : keluarga mampu merawat anggota keluarga
- d. TUK 4 : Keluarga mampu memodivikasi lingkungan
- e. TUK 5 : Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

E. Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi keperawatan keluarga adalah tahap yang paling penting dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga. Sasaran implementasi keperawatan keluarga bukan hanya individu tetapi seluruh anggota keluarga. Tujuan dari implemtasi ini adalah untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga.

Implementasi keperawatan keluarga meliputi : (Ressa, 2024)

Asuhan Keperawatan Keluarga Berbasis 3 Standar Ppni (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,

1. Tindakan keperawatan secara langsung
2. Tindakan yang bersifat kolaboratif dan pengobatan pengobatan dasar
3. Tindakan observasional
4. Tindakan promosi kesehatan.

Implementasi dilakukan dengan merujuk kepada intervensi yang disusun berdasarkan SIKI (standar intervensi keperawatan Indonesia). Implementasi implemntasi keperawatan ditujukan untuk keluarga dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam beberapa hal:

1. Menenal masalah kesehatan keluarga
2. Memutuskan merawat anggota keluarga
3. Merawat anggota keluarga yang sakit
4. Memodifikasi lingkungan yang baik untuk keluarga
5. Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia

Berikut contoh penulisan implementasi dalam asuhan keperawatan keluarga :

Tabel 7.6 Implementasi Keperawatan Keluarga

No	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Implementasi	Tanggal / Jam	Ttd
1	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif pada keluarga Tn X, khususnya Tn X terkait dengan Hipertensi	TUK 1 (PPNI, 2016) 1. Dukungan keluarga merencanakan perawatan a. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga b. Mengidentifikasi sumber- sumber yang dimiliki keluarga c. Mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan oleh keluarga d. Menginformasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga e. Menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada f. Mengajarkan cara perawatan yang dapat dilakukan keluarga.	Senin, 6 Oktober 2025 pukul 15.00 sd 17.00 wib	
No	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Implementasi	Tanggal / Jam	Ttd

		TUK 2 2. Dukung Pengambilan Keputusan - Mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik - Mediskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi - Menfasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif - Menginformasikan alternatif solusi secara jelas - Memberikan informasi yang diminta pasien - Mengkolaborasikan dengan tenaga kesehatan lain TUK 3 3. Edukasi Program Pengobatan - Mengidentifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan - Mengidentifikasi penggunaan pengobatan tradisional dan kemungkinan efek terhadap pengobatan (sebutkan misalnya dengan rebusan daun salam) - Memberikan		
--	--	--	--	--

Implementasi dilakukan setiap kali kunjungan maksimal 2 tujuan khusus (TUK). Karena semua tindakan yang telah disusun tidak dapat diberikan sekaligus dalam satu kali kunjungan. Untuk itu dalam mengimplementasikan satu diagnosis keperawatan keluarga dapat dilakukan secara bertahap.

F. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Proses akhir dari asuhan keperawatan adalah evaluasi keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan menganalisis kriteria hasil yang ada pada standar luaran (SLKI). Pada proses evaluasi, mahasiswa / perawat menilai keberhasilan dari rencana yang sudah disusun untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga. Evaluasi dilakukan pada setiap kunjungan. Kegiatan evaluasi meliputi evaluasi kemajuan status pengetahuan, kesehatan anggota keluarga, membandingkan respon individu dan

keluarga dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menyimpulkan hasil implementasi yang telah dilakukan perawat bersama keluarga. (Ressa, 2024).

Berikut contoh evaluasi keperawatan keluarga berdasarkan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis Dan Perencanaan) :

1. Subjektif : Tn A mengatakan “ saya semakin faham kenapa saya bisa menderita penyakit hipertensi”
2. Objektif : TD : 180 mmhg Nadi : 89 x/ menit, RR : 24 x/menit
3. Analisis : masalah belum teratasi
4. Perencanaan : a. Evaluasi Tujuan Khusus 1 dan motivasi keluarga untuk memutuskan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

Pada hasil subjektif kasus diatas menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga meningkat. Bandingkan hasil dengan standar luaran keperawatan (SLKI). Contoh standar luaran SLKI :(PPNI, 2016)

1. Pengetahuan adalah Tingkat pengetahuan
Kemampuan individu dalam mengenali, memahami, dan menerapkan informasi yang relevan tentang kondisi kesehatan dan perawatannya.
2. Ansietas : tingkat kecemasan
Tingkat kemampuan individu dalam mengendalikan rasa khawatir, tegang, atau takut terhadap situasi tertentu
Perhatikan kriteria hasil yang ada pada SLKI untuk menganalisis keberhasilan intervensi yang dilakukan.

G. Latihan Soal

Soal Pilihan Ganda

1. Seorang perawat melakukan home visit kepada keluarga, didapatkan kepala keluarga 30 tahun tinggal bersama istri dan 2 orang anaknya usia 12 tahun dan 1 tahun. pada saat kunjungan terlihat ada mertua (ibunya) istri yang baru datang dari kampung.
Apa tipe keluarga tersebut ?
 - A. Keluarga inti
 - B. Keluarga dyat
 - C. Keluarga single adul
 - D. Keluarga single parent
 - E. Keluarga extended family
2. Pada saat perawat melakukan kunjungan rumah, ditemukan seorang kepala keluarga 25 tahun baru menikah 4 bulan yang lalu. Tampak suami duduk menemani istrinya yang baru saja muntah muntah. Saat dikaji istri sudah 2 bulan

tidak haid dan mengatakan terakhir haid tanggal 1 januari 2025. Hasil test pack positif. Apakah tahap perkembangan keluarga tersebut ?

- A. Keluarga pemula
- B. Keluarga child bearing
- C. Keluarga dengan anak prasekolah
- D. Keluarga dengan anak sekolah
- E. Keluarga dengan anak remaja

3. Saat kunjungan perawat mendapati kepala keluarga 20 tahun. hasil pengkajian istri baru saja 3 hari melahirkan anak pertamanya. Istri mengatakan tidak bisa menyusui bayinya karena asi nya belum keluar, sehingga bayinya diberikan susu formula karena selalu menangis. Si ibu merasa cemas dengan kondisi seperti ini. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Ansietas
- B. Menyusui efektif
- C. Menyusui tidak efektif
- D. Kesiapan peningkatan nutrisi
- E. Perilaku kesehatan cenderung beresiko

4. Seorang perawat melakukan kunjungan rumah kepada keluarga dengan anak pertamanya usia 5 tahun. Hasil pengkajian anaknya demam sudah 4 hari, demam naik turun dan nafsu makan menurun, mual serta muntah. keluarga mengatakan sudah memberikan anaknya obat penurun panas namun suhu tubuh anaknya tetap tinggi.

Apakah pemeriksaan lebih lanjut yang tepat pada kasus tersebut ?

- A. Melakukan pemeriksaan Rempelid
- B. Segera mengambil sample darah dan mengirimnya ke labor
- C. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan anak demam
- D. Menganjurkan keluarga untuk membawa anaknya segera ke puskesmas
- E. Menganjurkan keluarga untuk memberikan anaknya asupan cairan/minum yang banyak

5. Saat kunjungan rumah, perawat menemukan keluarga dengan tahap perkembangan anak usia prasekolah usia 2 tahun. Hasil pengkajian anak tampak sehat. Keluarga mengatakan anaknya sering batuk batuk tapi tidak ada demam.

Ibu mengatakan bapak memiliki kebiasaan merokok dan sering merokok didalam rumah.

Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Manajemen kesehatan tidak efektif
- B. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
- C. Perilaku kesehatan cenderung beresiko
- D. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
- E. Kesiapan peningkatan proses menjadi orang tua

Kunci Jawaban

- 1. A. Keluarga Inti
- 2. B. Keluarga Child bearing
- 3. C. Menyusui tidak efektif
- 4. A. Melakukan pemeriksaan Rampelit
- 5. C. Perilaku kesehatan cenderung beresiko

Soal Essay

- 1. Bagaimana cara membedakan tahap perkembangan keluarga dengan tipe keluarga ?
- 2. Apa saja yang perlu dikaji pada riwayat kesehatan keluarga inti?
- 3. Bagaimana cara mengumpulkan data pada pengkajian keluarga ?
- 4. Apa saja fungsi perawatan kesehatan keluarga yang perlu dikaji?
- 5. Buatlah contoh bunyi diagnosa keperawatan keluarga

H. Rangkuman Materi

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses sistematis keperawatan yang dilakukan mulai dari pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Fokus asuhan keperawatan keluarga adalah individu dan keluarga. Pengkajian dilakukan kepada seluruh anggota keluarga mulai dari data umum, data demografi, tipe keluarga, riwayat kesehatan, tahap perkembangan keluarga, karakteristik rumah dan lingkungan, fungsi keluarga stres dan coping keluarga, harapan keluarga sampai dengan pemeriksaan fisik. Perumusan masalah dilakukan dengan mengumpulkan data terkait, lalu menentukan diagnosis berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI). Untuk menentukan diagnosis utama dengan cara menentukan skala prioritas (scoring). score tertinggi adalah 5. Langkah ke tiga dalam pemberian asuhan keperawatan adalah penentuan intervensi keperawatan dengan menggunakan standar intervensi keperawatan (SIKI). Langkah selanjutnya adalah melakukan implementasi berdasarkan intervensi yang disusun.

Langkah terakhir dalam asuhan keperawatan keluarga adalah evaluasi keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan tujuan untuk membandingkan hasil yang ditemukan dengan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI). Evaluasi menilai keberhasilan pemberian asuhan keperawatan keluarga. Dengan keberhasilan yang diperoleh dari seluruh kegiatan asuhan keperawatan, berarti selesai proses asuhan keperawatan keluarga, dan untuk selanjutnya diharapkan keluarga dapat merawat anggota keluarganya yang sakit dengan mandiri.

I. Glosarium

Asuhan keperawatan: serangkaian tindakan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan ilmiah.

Holistik: pendekatan atau cara pandang yang menyeluruh dan terintegrasi, melihat segala sesuatu sebagai satu kesatuan yang utuh dan saling berhubungan, bukan hanya sebagai bagian-bagian terpisah. Dalam keperawatan holistik meliputi biopsiko, sosial dan spiritual

Pengkajian: proses sistematis mengumpulkan data tentang keluarga, seperti struktur, fungsi, lingkungan, sejarah, dan mekanisme coping, melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi keluarga serta mendukung kesejahteraannya.

Tipe keluarga: suatu bentuk keluarga yang dilihat dari tinggal dalam satu rumah. Tipe keluarga meliputi keluarga inti (ayah, ibu, anak), keluarga besar (keluarga inti ditambah kakek, nenek, paman, dll.), keluarga orang tua tunggal (satu orang tua dengan anak), dan keluarga tiri (anak dari pernikahan sebelumnya)

Genogram: representasi visual silsilah keluarga yang menggambarkan pola hubungan, riwayat, serta faktor-faktor biologis, psikologis, dan sosial dari tiga generasi keluarga, menggunakan simbol standar untuk menunjukkan jenis kelamin, peristiwa penting, penyakit, dan karakteristik lain

Scoring: metode untuk memberikan nilai, angka, atau skor pada suatu objek, peserta, atau calon nasabah berdasarkan kriteria tertentu.

SDKI: pedoman diagnosis keperawatan yang disusun oleh organisasi profesi perawat (PPNI) untuk standarisasi bahasa, proses identifikasi masalah pasien, dan rencana asuhan keperawatan di Indonesia, yang berfungsi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan pendidikan keperawatan

SIKI: pedoman acuan yang disusun oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) bagi perawat untuk menentukan intervensi keperawatan yang tepat, seragam, peka budaya, dan terukur mutunya

SLKI: tolok ukur atau pedoman yang digunakan perawat untuk menentukan luaran (hasil) yang diharapkan setelah pemberian intervensi keperawatan, dengan tujuan menciptakan asuhan yang aman, efektif, dan etis, serta meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan

J. Referensi

- Husnaniyah. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Deepublish Publisher.
- Janah. (2025). *Buku Asuhan Keperawatan Keluarga : pendekatan holistik untuk setiap tahap kehidupan*. Mahakarya cipta utama group.
- Fadhilah, N. (2021). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi DALAM PPraktik : NICNOC, SKD, SIKI, SLKI*. CV. JAKad Media Publishing.
- PPNI. (2016a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. :rsatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2016b). *Standar Intervensi keperawatan Indonesia*. PPNI.
- PPNI. (2016c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Ressa, A. (2024). *Buku Ajaar Keperawatan Keluarga II*. Mahakarya Citra Utama Group.
- Supriadi. (2025). *Buku Ajar Keperawatan keluarga*. Optimal Untuk Negeri.

BAB 8

APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN MASALAH KESEHATAN SESUAI TAHAP PERKEMBANGAN

Tujuan Intruksional:

Tujuan intruksional yang diinginkan dari pembelajaran dalam bab ini adalah:

- Mampu menjelaskan Konsep Dasar Tahap Perkembangan Keluarga
- Mampu menjelaskan Tugas Kesehatan Keluarga
- Mampu menjelaskan Peran Perawat dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga
- Mampu menerapkan Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga pada setiap tahap perkembangan keluarga
 - Menjelaskan Prinsip Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga
 - Menguraikan Fokus Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga Sesuai Tahap Perkembangan
 - Menerapkan Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga sesuai Tahap Perkembangan Keluarga dengan contoh2 kasus

CPL-Prodi yang dibebankan pada MK

Capaian Pembelajaran Lulusan:

CPL. 01: Menguasai dan membuat asuhan keperawatan keluarga meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi pada klien baik individu dan keluarga dengan rentang sakit maupun sehat (aspek sikap, pengetahuan dan keterampilan umum dan keterampilan khusus)

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

CPMK1	Menerapkan Konsep keluarga
CPMK2	Menerapkan Fungsi, tugas perkembangan dan coping keluarga
CPMK 3	Menerapkan Perawatan kesehatan keluarga
CPMK 4	Menganalisis Trend dan issue dalam keperawatan keluarga
CPMK 5	Menerapkan Pengkajian keperawatan keluarga
CPMK 6	Menerapkan Diagnosis keperawatan keluarga
CPMK 7	Menganalisis Perencanaan dan prioritas diagnosis keperawatan keluarga
CPMK 8	Menganalisis Evaluasi keperawatan keluarga
CPMK 9	Menganalisis Pendidikan kesehatan pada keluarga

CPMK 10	Mengevaluasi Pelaksanaan pendidikan kesehatan keluarga
CPMK 11	Mengevaluasi Pemberdayaan keluarga

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Sub-CPMK1	Menerapkan konsep keluarga (Pengertian keluarga, ciri-ciri keluarga, tipe-tipe keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, tugas perkembangan keluarga, coping keluarga)
Sub-CPMK 2	Menganalisis konsep keluarga
Sub-CPMK 3	Menerapkan perawatan kesehatan keluarga (alasan keluarga sebagai unit yankes, tugas, peran dan fungsi perawat keluarga)
Sub-CPMK 4	Menganalisis trend dan issue keperawatan keluarga
Sub-CPMK 5	Menerapkan proses keperawatan keluarga (pengkajian keluarga, langkah-langkah pengkajian keluarga, analisa data, rumusan masalah keperawatan keluarga)
Sub-CPMK 6	Menganalisis proses keperawatan keluarga (Diagnosis keperawatan,skoring masalah keperawatan keluarga, menetapkan masalah utama, menegaskan diagnosis keperawatan keluarga, perencanaan keperawatan keluarga, menyusun prioritas DP, menyusun tujuan asuhan keperawatan keluarga, menetapkan tindakan keperawatan, memilih tindakan yang sesuai)
Sub-CPMK 7	Mengevaluasi proses keperawatan keluarga (menyusun evaluasi keperawatan keluarga, menyusun kriteria evaluasi,menyusun catatan perkembangan)
Sub-CPMK 8	Menerapkan pemberdayaan keluarga (pengertian pemberdayaan keluarga, model pemberdayaan keluarga, strategipemberdayaan keluarga)
Sub-CPMK 9	Menerapkan pendidikan keperawatan keluarga
Sub-CPMK10	Menganalisis pelaksanaan pendidikan kesehatan keluarga
Sub-CPMK11	Mengevaluasi pelaksanaan pendidikan kesehatan keluarga

Pendahuluan:

Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang memiliki peran fundamental dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan anggotanya. Peran keluarga dalam perawatan anggota keluarga sangat penting karena keluarga adalah lingkungan pertama dan utama tempat seseorang belajar perilaku kesehatan dan menerima dukungan emosional, fisik, serta sosial (Hurlock, 2006).

Dalam konteks perawatan kesehatan, keluarga bertanggung jawab dalam memberikan dukungan psikologis, pengawasan terhadap pola hidup sehat, serta membantu pelaksanaan pengobatan atau terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan (Wong, 2013). Peran ini menjadi sangat krusial terutama bagi anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan kronis atau usia lanjut yang membutuhkan perhatian berkelanjutan.

Lebih lanjut, keluarga juga berperan dalam mendeteksi dini perubahan kondisi kesehatan anggota keluarga dan mengambil langkah awal untuk mendapatkan penanganan medis yang tepat (Soli'ah, 2017). Dengan demikian, keterlibatan keluarga secara aktif dapat meningkatkan kualitas hidup dan mencegah komplikasi penyakit. Tidak hanya dari segi fisik, keluarga juga memberikan dukungan emosional yang dapat mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan motivasi anggota keluarga untuk patuh pada pengobatan dan menjaga gaya hidup sehat (Novita, 2021). Oleh karena itu, memperkuat peran keluarga dalam asuhan keperawatan menjadi salah satu strategi penting dalam sistem pelayanan kesehatan.

Asuhan Keperawatan Keluarga (AKK) merupakan pendekatan integral dalam pelayanan kesehatan yang berfokus pada keluarga sebagai unit utama dalam perawatan. Pentingnya asuhan keperawatan keluarga terletak pada kemampuannya untuk menilai, merencanakan, dan memberikan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan spesifik setiap anggota keluarga, berdasarkan tahap perkembangan mereka. Tahap perkembangan keluarga mencakup fase-fase seperti keluarga dengan anak usia sekolah, remaja, usia pertengahan, dan lanjut usia, yang masing-masing memiliki tantangan dan masalah kesehatan unik. Dalam konteks ini, aplikasi teknologi informasi dapat memainkan peran penting dalam mendukung asuhan keperawatan pada keluarga. Salah satu contoh implementasinya adalah melalui sistem berbasis web yang dirancang untuk memberikan saran dan menciptakan pengetahuan baru dari basis data yang ada. Sistem ini dapat diakses melalui browser web dari komputer maupun ponsel pintar, memungkinkan tenaga kesehatan untuk memberikan asuhan yang lebih tepat dan efisien kepada keluarga di berbagai tahap perkembangan keluarga.

Penerapan aplikasi asuhan keperawatan pada keluarga ini tidak hanya meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan, tetapi juga memperkuat peran keluarga

dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan anggota keluarga. Dengan demikian, pengembangan dan implementasi aplikasi asuhan keperawatan keluarga yang sesuai dengan tahap perkembangan keluarga menjadi langkah strategis dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berbasis keluarga.

Uraian Materi

Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terkecil yang berperan penting dalam menjaga dan meningkatkan status kesehatan anggotanya. Masalah kesehatan dalam keluarga sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan yang sedang dijalani. Dengan memahami karakteristik dan tugas perkembangan pada tiap tahap, perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih tepat, efektif, dan berkesinambungan.

Perawat keluarga berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan kebutuhan keluarga. Oleh karena itu, pemahaman tentang aplikasi asuhan keperawatan keluarga berdasarkan tahap perkembangan keluarga menjadi kompetensi yang wajib dimiliki mahasiswa keperawatan.

A. Konsep Dasar Tahap Perkembangan Keluarga

1. Pengertian

Tahap perkembangan keluarga adalah serangkaian fase urutan tahapan yang dilalui keluarga sejak awal terbentuk sebuah keluarga (perkawinan) hingga masa lanjut usia, dengan tugas-tugas perkembangan tertentu di setiap tahap perkembangan keluarga yang harus dicapai. Perkembangan keluarga adalah proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga, mencakup perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggota keluarga sepanjang waktu. Setiap tahap perkembangan keluarga memiliki tugas-tugas spesifik yang harus dipenuhi agar keluarga dapat berfungsi secara optimal. Apabila tugas perkembangan tidak terpenuhi, maka keluarga berisiko mengalami masalah kesehatan maupun konflik peran.

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang memiliki fungsi utama untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan anggota-anggotanya. Setiap tahap perkembangan keluarga memiliki tantangan kesehatan yang khas. Perawat keluarga berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan spesifik pada tiap tahap perkembangan keluarga.

Konsep ini banyak dirujuk dari teori Evelyn M. Duvall yang membagi perkembangan keluarga menjadi beberapa tahap, walaupun dalam praktik keperawatan sering disesuaikan dengan budaya dan konteks lokal.

2. Teori Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Duvall & Miller (1985), tahapan perkembangan keluarga meliputi:

- a. Keluarga Pemula (Pasangan Baru): Dimulai saat pasangan menikah dan belum memiliki anak. Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain membina

hubungan intim yang memuaskan, menetapkan tujuan bersama, membina hubungan dengan keluarga dari pasangan, teman, dan kelompok sosial, serta mendiskusikan tentang rencana kehamilan untuk memiliki anak atau keluarga berencana (KB).

- b. Keluarga dengan Kelahiran Anak atau mengasuh anak (Child bearing Family): Dimulai sejak kehamilan anak pertama atau saat kelahiran anak pertama dan berlangsung hingga anak berusia 30 bulan. Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain: persiapan menjadi orang tua, membagi peran dan tanggung jawab, menata ruang untuk anak, dan mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan.
- c. Keluarga dengan Anak Usia Pra-Sekolah: Dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti tempat tinggal, privasi, dan rasa aman, membantu anak untuk bersosialisasi, beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi, serta mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam maupun luar keluarga.
- d. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah: Dimulai saat anak pertama berusia 6 tahun dan berakhir saat anak berusia 13 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan, dan semangat belajar, tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan, serta mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- e. Keluarga dengan Anak Remaja: Dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berlangsung hingga anak berusia 20 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, memelihara komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, serta mempersiapkan anak untuk mandiri sebagai individu dewasa.
- f. Keluarga yang Melepas Anak Dewasa Muda: Dimulai saat anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan rumah kosong ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, dan membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat.
- g. Keluarga Usia Pertengahan: Dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain mempertahankan kesehatan individu dan pasangan usia pertengahan, mempertahankan hubungan yang serasi dan

memuaskan dengan anak-anaknya dan sebaya, serta meningkatkan keakraban pasangan.

- h. Keluarga Usia Lanjut: Dimulai saat pasangan memasuki usia lanjut. Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga yang saling menyenangkan, adaptasi dengan perubahan yang akan terjadi seperti kehilangan pasangan, kekuatan fisik, dan penghasilan keluarga, serta mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.

Tabel berikut ini, menggambarkan secara rinci tentang ciri khas atau karakteristik tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan keluarga disertai potensi masalah kesehatan yang muncul pada tiap tahap perkembangan keluarga.

Tabel 8.1 tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan keluarga

Tahap	Ciri Khas	Tugas Perkembangan	Potensi Masalah Kesehatan
1. Pasangan baru menikah	Belum ada anak	Adaptasi peran suami-istri, komunikasi, kesehatan reproduksi	Stres adaptasi, masalah fertilitas, konflik peran, masalah komunikasi
2. Keluarga dengan kelahiran anak atau mengasuh anak pertama	Saat hamil atau anak lahir – anak berusia 30 bulan	persiapan menjadi orang tua, membagi peran dan tanggung jawab, menata ruang untuk anak, dan mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan	Masalah menyusui, gizi bayi, ISPA, diare, KIP (kejadian ikutan pasca imunisasi), depresi pasca melahirkan, kelelahan yang berlebihan, Stres, konflik peran

Tahap	Ciri Khas	Tugas Perkembangan	Potensi Masalah Kesehatan
3. Keluarga dengan anak prasekolah	Anak usia 30 bulan – 5 tahun	Pemenuhan kebutuhan dasar anak, imunisasi, mendidik anak dengan disiplin, melatih sosialisasi awal, stimulasi tumbuh kembang, menanamkan kebiasaan sehat	Gizi buruk, infeksi, keterlambatan perkembangan bicara, perilaku sulit diatur
4. Keluarga dengan anak usia sekolah	Anak usia 6–12 tahun	Memfasilitasi pendidikan formal, mendukung aktivitas sosialisasi anak, pemantauan kesehatan	Masalah belajar, obesitas, cedera
5. Keluarga dengan anak remaja	Anak usia 13–18 tahun	Komunikasi terbuka, mendukung identitas diri remaja, memberikan batasan yang sehat, pengawasan perilaku remaja	Penyalahgunaan zat, perilaku seksual berisiko, konflik orang tua-anak
6. Keluarga dengan anak dewasa muda	Anak mulai mandiri	Mendukung kemandirian anak, transisi peran orang tua	Konflik keluarga, kesepian, masalah ekonomi
7. Keluarga usia pertengahan	Anak-anak sudah mandiri	Menjalani masa menopause/andropause, karier, kesehatan kronis	Hipertensi, diabetes, stres kerja
8. Keluarga usia lanjut	Lansia	Menjaga kesehatan, menyesuaikan diri dengan pensiun, kehilangan pasangan	Penyakit degeneratif, demensia, isolasi sosial, depresi

B. Tugas Kesehatan Keluarga

Dalam upaya mewujudkan keluarga yang sehat dan mandiri, terdapat lima tugas pokok kesehatan keluarga yang harus dipahami dan dijalankan. Kelima tugas tersebut tidak berdiri sendiri, melainkan memiliki urutan atau tahapan yang saling berkaitan. Artinya, kemampuan keluarga dalam melaksanakan suatu tugas sangat dipengaruhi oleh ketercapaian tugas sebelumnya. Misalnya, keluarga tidak akan mampu mengambil keputusan yang tepat bila belum terlebih dahulu mengenali adanya masalah kesehatan di dalam keluarganya. Oleh karena itu, pemahaman mengenai urutan atau sequensi dari kelima tugas kesehatan keluarga menjadi penting agar keluarga dapat mengelola kesehatan anggotanya secara terarah, sistematis, dan berkesinambungan.

Adapun unsur-unsur yang terkait dengan lima tugas kesehatan keluarga, dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kemampuan pertama adalah mengenali juga menyadari adanya masalah kesehatan dalam keluarga. Kesadaran ini menjadi dasar agar keluarga dapat memahami kondisi anggota keluarganya, baik berupa gejala sakit, tanda-tanda ketidaknyamanan, maupun potensi risiko yang mengancam kesehatan. Tanpa adanya kemampuan keluarga dalam mengenal masalah, maka keluarga tidak akan dapat melangkah ke tahap selanjutnya.

2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Setelah mengenali masalah, keluarga harus mampu menentukan keputusan yang tepat mengenai langkah penanganannya. Keputusan ini bisa berupa melakukan perawatan sendiri di rumah, mencari bantuan tenaga kesehatan, atau memanfaatkan obat-obatan sederhana. Keputusan yang diambil akan sangat menentukan efektivitas perawatan selanjutnya. Dengan kata lain, keputusan tidak bisa dibuat jika keluarga belum mengenali masalah kesehatannya.

3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit

Tahap berikutnya adalah melakukan tindakan nyata sesuai keputusan yang sudah dibuat. Perawatan dapat berupa memberikan obat sesuai anjuran, memperhatikan kebutuhan gizi, istirahat, atau membawa anggota keluarga ke fasilitas pelayanan kesehatan. Tindakan perawatan yang tepat akan membantu pemulihan kesehatan anggota keluarga secara lebih optimal.

4. Memelihara dan menciptakan lingkungan keluarga yang sehat

Kemampuan ini tidak hanya sebatas menjaga lingkungan fisik rumah agar tetap sehat, seperti memastikan ventilasi udara, pencahayaan, kebersihan air, sanitasi, serta pembuangan sampah yang baik. Lebih dari itu, keluarga juga dituntut untuk menciptakan lingkungan psikologis dan sosial yang kondusif yang

mendukung kesehatan keluarga. Lingkungan yang harmonis, komunikasi yang baik antar anggota keluarga, suasana penuh kasih sayang, serta dukungan emosional merupakan faktor penting yang turut mempengaruhi kesehatan. Kondisi rumah yang bersih tetapi penuh konflik akan tetap menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan keluarga. Oleh karena itu, keseimbangan antara aspek fisik, psikologis, dan sosial harus menjadi perhatian dalam upaya pemeliharaan lingkungan keluarga yang mendukung kesehatan.

5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat

Tahap terakhir adalah kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia di masyarakat, seperti puskesmas, rumah sakit, posyandu, maupun praktik tenaga kesehatan. Pemanfaatan fasilitas ini menunjukkan bahwa keluarga mampu berinteraksi dengan sumber daya luar untuk menjaga kesehatan. Dengan demikian, keluarga tidak hanya mengandalkan kemampuan internal, tetapi juga membangun hubungan dengan sistem kesehatan yang ada di sekitarnya. Hal ini menjadi bentuk kemandirian keluarga dalam memanfaatkan sumber daya luar setelah keluarga memiliki kesadaran, bisa mengambil keputusan, merawat, dan menjaga lingkungan yang kondusif terhadap kesehatan.

Dengan demikian, kelima tugas kesehatan keluarga bukan hanya sekadar kewajiban, tetapi merupakan kemampuan bertahap yang saling berkaitan satu sama lain. Apabila keluarga mampu mengenali masalah, mengambil keputusan, memberikan perawatan, memelihara lingkungan, hingga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, maka keluarga tersebut dapat dikatakan mandiri dalam mengelola kesehatan anggotanya. Kemandirian ini pada akhirnya akan mendukung terciptanya kualitas hidup yang lebih baik, baik bagi individu dalam keluarga maupun masyarakat secara luas.

C. Peran Perawat dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengertian Peran dan fungsi Perawat secara umum

Yang dimaksud dengan Peran adalah seperangkat set perilaku yang diharapkan akan ditampilkan oleh seseorang sesuai dengan posisinya. Fungsi adalah kegiatan-kegiatan atau tindakan yang harus dilakukan oleh seseorang berdasarkan peran yang diembannya. Demikian pula sebagai perawat yang memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada keluarga juga memiliki beberapa peran, antara lain:

- a. Sebagai pendidik: memberikan edukasi kesehatan sesuai permasalahan yang dihadapi keluarga pada setiap tahap perkembangan.

- b. Sebagai konselor: membantu keluarga mengatasi stres, konflik, atau masalah psikososial.
- c. Sebagai fasilitator: menghubungkan keluarga dengan sumber daya kesehatan dan sosial.
- d. Sebagai advokat: memperjuangkan hak keluarga untuk mendapat layanan kesehatan yang layak dan berkualitas.
- e. Sebagai penggerak komunitas: mendorong keluarga ikut serta dalam berbagai program kesehatan di lingkungan masyarakat.

2. Peran dan fungsi Perawat dalam penerapan asuhan keperawatan keluarga

Peran Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga harus adaptif dan komprehensif sesuai dengan tahap perkembangan keluarga, agar asuhan keperawatan keluarga yang diberikan dapat meningkatkan kualitas hidup seluruh anggota keluarga secara holistik. Dalam hal ini, perawat memiliki peran strategis untuk mendukung keluarga agar dapat melaksanakan, menyelesaikan berbagai tugas perkembangan sehingga mampu melalui tahap perkembangan yang dialami oleh keluarga. Oleh karena setiap tahap perkembangan keluarga memiliki karakteristik dan kebutuhan yang berbeda, maka perawat memiliki peran penting yang unik dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga agar efektif dan relevan serta berkualitas dengan mempertimbangkan dan memperhatikan aspek tahap perkembangan keluarga.

Berikut ini diuraikan tentang peran dan fungsi perawat keluarga pada setiap tahap perkembangan keluarga:

- a. Tahap Keluarga Pemula (Pasangan Baru). Perawat berperan dalam memberikan edukasi tentang kesehatan reproduksi, perencanaan keluarga, dan membangun pola komunikasi yang sehat antara pasangan. Perawat juga membantu pasangan menyesuaikan diri dengan peran baru dalam keluarga (Friedman et al., 2003).
- b. Tahap Keluarga mengasuh anak, Anak Usia Dini dan Pra-Sekolah. Perawat memberikan dukungan dalam mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak, memberikan edukasi tentang imunisasi, pola asuh yang tepat, serta deteksi dini terhadap masalah kesehatan anak. Perawat juga membantu orang tua memahami perubahan dalam dinamika keluarga (Duvall & Miller, 1985).
- c. Tahap Keluarga dengan Anak Usia Sekolah dan Remaja. Perawat mendukung keluarga dalam menghadapi tantangan sosial dan psikologis yang dialami anak usia sekolah dan remaja, seperti masalah perilaku, kesehatan mental, dan pencegahan penyalahgunaan zat. Perawat juga berperan sebagai mediator komunikasi antara anak dan orang tua (Novita, 2021).

- d. Tahap Keluarga Melepas Anak Dewasa dan Usia Pertengahan. Pada tahap ini, perawat membantu keluarga mengatasi stres yang timbul akibat perubahan peran, seperti anak meninggalkan rumah karena mengikuti pasangannya, menjadi kakek-nenek dan perencanaan pensiun. Perawat memberikan edukasi tentang gaya hidup sehat dan pencegahan penyakit degeneratif (Sari, 2023).
- e. Tahap Keluarga Usia Lanjut. Perawat berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada pencegahan komplikasi penyakit kronis, memfasilitasi rehabilitasi, serta memberikan dukungan psikososial dalam menghadapi berbagai bentuk kehilangan seperti kehilangan kemampuan fisiologis, kemampuan mental-kognitif dan perubahan fisik. Perawat juga membantu keluarga merawat anggota lansia secara optimal (Azizah, 2023).

D. Uraian Umum Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah proses sistematis untuk membantu keluarga mampu melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu 1) mampu mengenali masalah kesehatan; 2) mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah yang dihadapi keluarga; 3) mampu merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi tindakan guna meningkatkan kesehatan anggota keluarga; 4) mampu menciptakan lingkungan yang kondusif (lingkungan fisik dan psikososial) untuk mendukung kesehatan keluarga; 5) memanfaatkan fasilitas dan sumber daya kesehatan yang tersedia.

1. Prinsip Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Dalam penerapan asuhan keperawatan terdapat prinsip-prinsip aplikasi asuhan keperawatan pada keluarga, yaitu:

- a. Berorientasi pada keluarga, dimana keluarga dipandang sebagai satu kesatuan, bukan hanya individu.
- b. Sesuai tahap perkembangan. Setiap intervensi harus disesuaikan dengan kebutuhan keluarga pada fase kehidupannya.
- c. Holistik. Holistik merupakan suatu konsep menyeluruh yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual.
- d. Kolaboratif. Hal ini menggambarkan suatu upaya yang melibatkan keluarga, tenaga kesehatan lain, serta dukungan komunitas.
- e. Promotif dan preventif yang merupakan upaya pelayanan kesehatan yang sangat penting yang berfokus pada upaya meningkatkan kesehatan dan mencegah masalah kesehatan.

2. Fokus Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga Sesuai Tahap Perkembangan

- a. Tahap awal (pasangan baru): fokus pada penyesuaian terhadap sesuatu yang baru bersama pasangan, kesehatan reproduksi, perencanaan memiliki anak, keluarga berencana (KB)
- b. Tahap childbearing : fokus pada persiapan menjadi orang tua, dan perawatan bayi.
- c. Tahap anak prasekolah & sekolah: fokus pada tumbuh kembang, gizi, pendidikan anak, pencegahan penyakit menular.
- d. Tahap remaja: fokus pada komunikasi, pencegahan perilaku berisiko, dukungan emosional.
- e. Tahap dewasa muda & pertengahan: fokus pada kesehatan kronis, hubungan keluarga, adaptasi terhadap perubahan peran.
- f. Tahap lanjut usia: fokus pada penyakit degeneratif, kemandirian, dukungan emosional dan spiritual.

3. Proses Keperawatan Keluarga

Proses keperawatan keluarga dilakukan dengan pendekatan sistematis yang meliputi: pengkajian keluarga, penentuan diagnosis keperawatan keluarga, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

Dalam tahap pengkajian keperawatan keluarga, dikenal dua tahapan penjajakan yaitu Penjajakan I dan Penjajakan II.

Tahap penjajakan I adalah tahap awal pengkajian data umum keluarga yang meliputi pengumpulan data mengenai identitas keluarga, struktur, demografi, kondisi rumah, lingkungan, serta riwayat kesehatan. Data dalam tahap penjajakan I ini memberi gambaran umum kondisi keluarga.

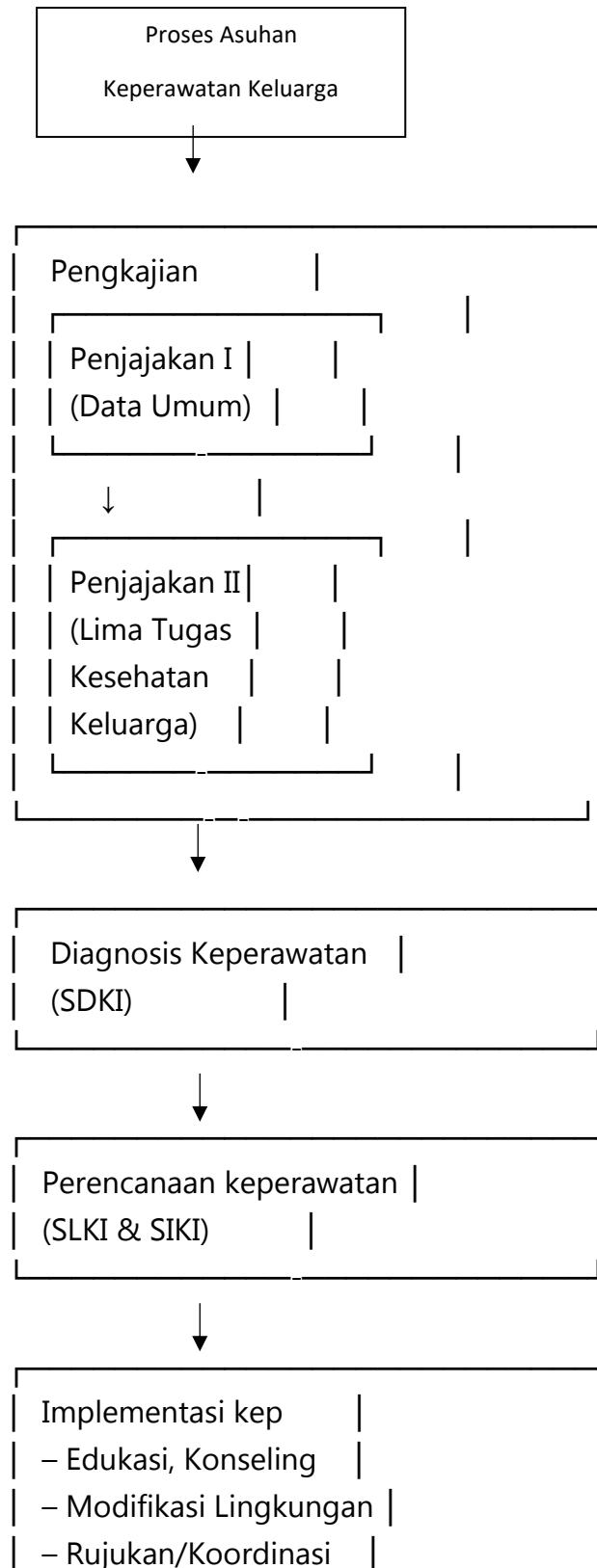
Tahap penjajakan II (Lima Tugas Kesehatan Keluarga) merupakan tahapan pengkajian keperawatan yang difokuskan pada kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan, yaitu kemampuan keluarga dalam :

- a. Mengenal masalah kesehatan.
- b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat.
- c. Merawat anggota keluarga yang sakit.
- d. Memodifikasi lingkungan agar mendukung kesehatan.
- e. Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Setelah data hasil pengkajian diperoleh melalui tahap penjajakan I dan II, maka dilakukan proses analisis data untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Penentuan prioritas masalah / diagnosis keperawatan sangat penting, mengingat banyak masalah yang dihadapi oleh keluarga yang mungkin tidak dapat diselesaikan bersamaan dalam satu waktu. Penentuan prioritas masalah keluarga

merupakan tahap awal dalam perencanaan keperawatan, yang dilanjutkan dengan penentuan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan.

Berikut ini adalah gambar Diagram Alur Asuhan Keperawatan Keluarga





Gambar 7.1 gambar Diagram Alur Asuhan Keperawatan Keluarga

4. Contoh Kasus dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga sesuai Tahap Perkembangan Keluarga

Pada bagian ini disajikan contoh kasus keluarga sesuai tahap perkembangannya. Analisis dilakukan dengan menggunakan rujukan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Berikut ini adalah paparan contoh-contoh kasus keluarga pada setiap tahap perkembangan: (sebagai catatan bahwa contoh kasus pada tahapan keluarga dengan anak usia sekolah merupakan contoh yang relatif mendekati ideal contoh untuk bahan pembelajaran).

a. Tahap Pasangan Baru

KASUS: Tn. A (27 th) dan Ny. A (25 th) baru menikah 8 bulan. Mereka tinggal di rumah kontrakan. Ny. A sering mengeluh cemas karena orang tua mendesak segera memiliki anak. Tn. A bekerja sebagai karyawan, Ny. A ibu rumah tangga.

Analisis asuhan keperawatan:

- 1) Pengkajian: pasangan baru, belum memiliki anak, masalah kecemasan terkait peran reproduksi.
- 2) Diagnosis: Ansietas berhubungan dengan tekanan sosial dan keluarga terkait kehamilan.
- 3) Intervensi:
 - a) Konseling manajemen stres.
 - b) Edukasi tentang kesehatan reproduksi dan perencanaan kehamilan.
 - c) Dorong komunikasi efektif dengan keluarga besar.
- 4) Evaluasi: Ny. A mampu mengungkapkan perasaan cemas, pasangan menyusun rencana kesehatan reproduksi bersama

b. Tahap Keluarga Childbearing

KASUS: Tn. B (30 th) dan Ny. B (28 th) memiliki bayi usia 5 bulan. Bayi mendapat susu formula karena Ny. B merasa ASI-nya sedikit. Bayi belum lengkap imunisasi karena orang tua khawatir efek samping.

Analisis Asuhan Keperawatan

- 1) Pengkajian: keluarga dengan bayi, masalah gizi dan imunisasi.
- 2) Diagnosis:
 - a) Risiko ketidakefektifan menyusui berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang manajemen laktasi.
 - b) Kurangnya pengetahuan keluarga tentang imunisasi bayi.
- 3) Intervensi:
 - a) Edukasi tentang manfaat ASI eksklusif dan teknik perawatan payudara.
 - b) Konseling imunisasi (jadwal, manfaat, penanganan efek samping ringan).
 - c) Libatkan kader posyandu untuk follow-up.
- 4) Evaluasi: keluarga bersedia melanjutkan ASI, bayi dijadwalkan imunisasi sesuai program.

c. Tahap Keluarga dengan Anak Prasekolah

KASUS: Tn. C (35 th) dan Ny. C (32 th) memiliki anak usia 4 tahun. Anak sering jajan sembarangan, jarang makan sayur, BB di bawah normal.

Analisis Asuhan Keperawatan

- 1) Pengkajian: keluarga dengan anak prasekolah, masalah gizi.
- 2) Diagnosis: Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pola makan tidak adekuat.
- 3) Intervensi:
 - a) Edukasi gizi seimbang sesuai usia prasekolah.
 - b) Ajarkan orang tua membuat bekal sehat.
 - c) Edukasi bahaya jajan sembarangan.
- 4) Evaluasi: orang tua menyusun menu sehat harian, berat badan (BB) anak meningkat sesuai kurva pertumbuhan.

d. Tahap Keluarga dengan Anak Usia Sekolah

- 1) Pengkajian KASUS: Keluarga Tn. A

a) Tahap penjangkauan I

Identitas keluarga:

- (1) Keluarga Bapak A, 36 tahun, bekerja sebagai buruh harian.
- (2) Ibu, 32 tahun, ibu rumah tangga.
- (3) Anak pertama, 9 tahun (kelas 3 SD), sering sakit batuk pilek berulang.
- (4) Anak kedua, 5 tahun, aktif dan sehat.
- (5) Tinggal di rumah kontrakan dengan ventilasi terbatas, dekat jalan raya.

Masalah kesehatan utama:

- (1) Anak pertama sering mengalami batuk pilek (ISPA berulang).
- (2) Rumah kurang ventilasi, banyak debu dari jalan raya.
- (3) Keluarga jarang membawa anak ke puskesmas, lebih sering membeli obat warung.

b) Tahap penjajakan II: Analisis Berdasarkan Lima Tugas Kesehatan Keluarga

(1) Kemampuan mengenal masalah kesehatan

- Keluarga menyadari anak sering batuk pilek, tetapi menganggapnya "biasa karena cuaca".
- Belum mampu mengenali risiko lingkungan rumah (debu, ventilasi buruk).

Analisis: Kemampuan mengenal masalah **belum optimal**.

(2) Kemampuan mengambil keputusan kesehatan

- Keputusan kesehatan diambil oleh ayah dan ibu bersama.
- Namun, pilihan tindakan hanya terbatas pada beli obat di warung.

Analisis: Keputusan kesehatan **belum tepat**, karena jarang memanfaatkan fasilitas kesehatan.

(3) Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

- Anak yang batuk hanya diberi obat batuk dan istirahat, tanpa pemeriksaan medis.
- Tidak ada upaya perawatan lain seperti menjaga nutrisi atau menghindari paparan debu.

Analisis: Perawatan **kurang adekuat**.

(4) Kemampuan memodifikasi lingkungan

- Rumah memiliki ventilasi minim, tidak ada usaha khusus memperbaikinya.
- Lingkungan sekitar berdebu, namun keluarga tidak menutup jendela dengan kain basah atau membersihkan secara teratur.

Analisis: Kemampuan modifikasi lingkungan **kurang memadai**.

(5) Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan

- Anak jarang dibawa ke puskesmas meskipun sudah tersedia dekat rumah.
- BPJS ada, tapi jarang dipakai karena orang tua menganggap "ribet".

Analisis: Pemanfaatan fasilitas kesehatan **rendah**.

2) Diagnosis Keperawatan Keluarga Tn. A

- a) Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga berhubungan dengan (b/d) kurangnya pengetahuan dan persepsi salah tentang penyakit ISPA.

- b) Risiko tinggi gangguan kesehatan anak dibuktikan dengan (d/d) paparan debu dan ventilasi rumah yang tidak adekuat.
- 3) Rencana Intervensi kelg Tn. A:
- Edukasi keluarga tentang tanda bahaya ISPA dan pentingnya penanganan medis.
 - Melatih keluarga cara sederhana menjaga kebersihan lingkungan rumah (menutup ventilasi dengan kain basah, pembersihan rutin).
 - Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan puskesmas terdekat dengan BPJS.
 - Memberikan leaflet/buku saku tentang perawatan anak dengan batuk pilek.
 - Follow up (kunjungan rumah berikutnya) untuk mengevaluasi perubahan perilaku keluarga

Dari hasil pengkajian tahap penjabakan II, menunjukkan bahwa kemampuan lima tugas kesehatan keluarga Bapak Tn. A: masih *belum optimal, belum tepat, kurang adekuat, atau kurang memadai*, maka perawat tidak berhenti hanya pada identifikasi masalah dan intervensi yang telah disebutkan di atas, tetapi harus mengakomodir ketidakmampuan keluarga dalam tugas kesehatannya melalui intervensi keperawatan pada contoh berikut ini:

a) Kemampuan Mengenal Masalah Kesehatan – *Belum Optimal*

Masalah: Keluarga tahu anak batuk pilek, tapi menganggapnya hal biasa.
Akomodasi:

- Edukasi: Memberikan informasi tentang gejala dan tanda bahaya ISPA.
- Diskusi partisipatif: Mengajak keluarga mengidentifikasi faktor penyebab (misalnya debu, ventilasi).
- Media edukasi: Gunakan leaflet, gambar, atau demonstrasi agar lebih mudah dipahami.

b) Kemampuan Mengambil Keputusan Kesehatan – *Belum Tepat*

Masalah: Keluarga lebih memilih obat warung daripada periksa ke puskesmas.

Akomodasi:

- Pendampingan dalam pengambilan keputusan: Menjelaskan pilihan alternatif yang lebih aman.
- Motivasi: Menekankan pentingnya deteksi dini dan keuntungan menggunakan BPJS.
- Stimulasi role model: Ceritakan contoh keluarga lain yang berhasil menurunkan angka sakit karena aktif ke puskesmas.

c) Kemampuan Merawat Anggota Keluarga yang Sakit – *Kurang Adekuat*
Masalah: Hanya memberi obat batuk tanpa perawatan pendukung.

Akomodasi:

- Latihan keterampilan: Mengajarkan cara merawat anak sakit di rumah (misalnya menjaga hidrasi, pemberian makanan bergizi, istirahat cukup).
- Demonstrasi langsung: Tunjukkan cara kompres, cara membersihkan jalan napas, dll.
- Pemberdayaan keluarga: Libatkan semua anggota dalam perawatan (ibu nutrisi, ayah kontrol ke puskesmas, kakak/adik dukungan).

d) Kemampuan Memodifikasi Lingkungan – *Kurang Memadai*

Masalah: Rumah kurang ventilasi, keluarga tidak melakukan upaya perbaikan.

Akomodasi:

- Penyuluhan: Menjelaskan hubungan lingkungan dengan kesehatan.
- Intervensi praktis: Memberi contoh sederhana seperti menutup ventilasi dengan kain basah, membersihkan rumah dengan lap basah, menanam tanaman penyaring udara.
- Kerjasama komunitas: Ajak kader posyandu atau RT untuk mendukung perbaikan lingkungan bersama.

e) Kemampuan Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan – *Rendah*

Masalah: Jarang ke puskesmas, BPJS tidak digunakan.

Akomodasi:

- Bimbingan langsung: Menemani keluarga pertama kali ke puskesmas untuk mengurangi hambatan psikologis.
- Advokasi: Membantu keluarga memahami prosedur penggunaan BPJS agar tidak dianggap rumit.
- Keterhubungan sosial: Dorong keluarga ikut kegiatan posyandu atau program PKK sehingga terbiasa memanfaatkan fasilitas.

Selain upaya-upaya intervensi yang telah dijelaskan sebelum ini, pada dasarnya terdapat prinsip umum dalam mengakomodir berbagai kekurangan keluarga dalam melaksanakan berbagai fungsi keluarga dan tugas kesehatan keluarga, yaitu: 1) Pendekatan edukatif dalam rangka memberi pengetahuan yang tepat; 2) Pendekatan motivasional untuk menumbuhkan kesadaran dan kemauan keluarga; 3) Pendekatan keterampilan (skill training) untuk melatih kemampuan praktis merawat anggota keluarga; 4) Pendekatan pemberdayaan dalam melibatkan seluruh anggota keluarga & lingkungan sekitar; dan 5) Pendekatan bertahap dan

jangan dilakukan sekaligus, tapi sedikit demi sedikit sesuai kesiapan keluarga.

Jadi, setiap kelemahan dalam pelaksanaan lima tugas kesehatan keluarga diakomodir dengan intervensi yang spesifik, sambil tetap mempertimbangkan budaya, pendidikan, dan kemampuan ekonomi keluarga.

4) Evaluasi pada kelg Tn A:

- a) Manajemen kesehatan keluarga menjadi efektif
- b) Tidak terjadi gangguan kesehatan pada anak
- c) Keluarga mampu menjelaskan penyebab dan pencegahan ISPA.
- d) Anak dibawa ke puskesmas saat gejala batuk, pilek muncul.
- e) Lingkungan rumah lebih bersih dan ventilasi lebih baik.

e. Tahap Keluarga dengan Anak Remaja

KASUS: Tn. E (45 th) dan Ny. E (42 th) memiliki anak 16 tahun. Orang tua curiga anak mulai merokok dan sering pulang larut. Komunikasi keluarga kaku.

Analisis Asuhan Keperawatan

- 1) Pengkajian: keluarga dengan remaja, masalah perilaku berisiko.
- 2) Diagnosis: Risiko perilaku menyimpang pada remaja berhubungan dengan kurangnya komunikasi terbuka dalam keluarga.
- 3) Intervensi:
 - a) Konseling keluarga untuk meningkatkan komunikasi efektif.
 - b) Edukasi remaja tentang bahaya rokok dan pergaulan berisiko.
 - c) Fasilitasi aktivitas positif remaja (ekstrakurikuler, komunitas).
- 4) Evaluasi: komunikasi keluarga lebih terbuka, remaja bersedia mengurangi rokok.

f. Tahap Keluarga Usia Lanjut

KASUS: Tn. H (70 th) pensiunan, tinggal bersama istri. Ia sering lupa (gejala awal demensia) dan merasa kesepian sejak beberapa teman sebayanya meninggal.

Analisis Asuhan Keperawatan

- 1) Pengkajian: keluarga lansia, masalah kognitif dan psikososial.
- 2) Diagnosis: Risiko gangguan memori berhubungan dengan proses degeneratif; risiko isolasi sosial berhubungan dengan kehilangan pasangan/teman sebaya.
- 3) Intervensi:
 - a) Latih stimulasi kognitif (membaca, mengisi teka-teki, mengaji).
 - b) Dorong partisipasi dalam kegiatan lansia (posyandu lansia, pengajian).
 - c) Berikan dukungan emosional dan spiritual.

- 4) Evaluasi: lansia aktif mengikuti kegiatan sosial, fungsi kognitif lebih stabil.

E. Penutup

Bab ini telah menguraikan secara komprehensif penerapan *asuhan keperawatan keluarga* pada berbagai tahap perkembangan keluarga dengan masalah kesehatan yang berbeda. Melalui pendekatan proses keperawatan yang sistematis — mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, intervensi, hingga evaluasi — perawat diharapkan mampu memberikan pelayanan yang tidak hanya berfokus pada individu, tetapi juga pada keluarga sebagai satu kesatuan sistem yang saling memengaruhi.

Pemahaman terhadap tahapan perkembangan keluarga menjadi dasar penting dalam menentukan prioritas asuhan keperawatan. Setiap tahap memiliki kebutuhan dan tantangan kesehatan yang khas, misalnya keluarga dengan anak usia sekolah memerlukan dukungan dalam pembentukan kebiasaan hidup sehat dan pencegahan penyakit, sementara keluarga dengan lansia lebih menitikberatkan pada pemeliharaan fungsi tubuh dan kualitas hidup. Oleh karena itu, kemampuan perawat dalam menyesuaikan intervensi keperawatan sesuai konteks perkembangan keluarga menjadi kompetensi utama yang perlu dikuasai mahasiswa keperawatan.

Selain itu, penerapan *lima tugas kesehatan keluarga* sebagai kerangka analisis membantu mahasiswa memahami peran keluarga dalam menjaga kesehatan anggotanya. Melalui latihan kasus dan simulasi keperawatan keluarga, mahasiswa diharapkan mampu mengidentifikasi masalah kesehatan secara komprehensif, merancang rencana asuhan yang realistis, serta melakukan edukasi dan kolaborasi yang efektif dengan keluarga dan tenaga kesehatan lain.

Akhirnya, Bab ini menekankan bahwa keberhasilan asuhan keperawatan keluarga tidak hanya diukur dari tercapainya luaran klinis, tetapi juga dari meningkatnya kemandirian keluarga dalam mengelola kesehatannya. Dengan bekal pengetahuan, sikap empatik, dan keterampilan komunikasi terapeutik, mahasiswa keperawatan diharapkan mampu menjadi agen perubahan dalam meningkatkan derajat kesehatan keluarga dan masyarakat secara berkelanjutan.

F. Latihan Soal

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1. Tujuan utama dari pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga adalah...
 - A. Meningkatkan pendapatan ekonomi keluarga
 - B. Membantu keluarga mencapai kemandirian dalam memelihara kesehatan
 - C. Mengurangi beban kerja perawat di komunitas
 - D. Mengganti peran dokter dalam pelayanan primer
 - E. Menyediakan obat-obatan bagi keluarga

2. Masalah kesehatan yang paling umum dijumpai pada tahap *childbearing family* adalah...
 - A. Hipertensi dan diabetes
 - B. Gangguan tumbuh kembang anak
 - C. Kurang pengetahuan tentang perawatan bayi dan ASI eksklusif
 - D. Konflik antara orang tua dan anak remaja
 - E. Masalah adaptasi terhadap pensiun

3. Tahapan pengkajian keluarga yang berfokus pada pengumpulan data umum, seperti identitas keluarga, struktur, dan kondisi lingkungan disebut sebagai...
 - A. Penjajakan I
 - B. Penjajakan II
 - C. Diagnosis Keperawatan
 - D. Implementasi Asuhan
 - E. Evaluasi Keperawatan

4. Berikut ini merupakan contoh intervensi keperawatan keluarga yang sesuai dengan standar SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) pada kasus anak usia sekolah dengan obesitas, yaitu...
 - A. Memberikan terapi farmakologis sesuai resep dokter
 - B. Memberikan edukasi tentang pola makan seimbang kepada orang tua dan anak
 - C. Mengatur jadwal olahraga di sekolah
 - D. Mengadakan pelatihan kader kesehatan remaja
 - E. Membentuk kelompok senam lansia

5. Contoh diagnosis keperawatan keluarga yang sesuai dengan SDKI adalah...
 - A. Keluarga kurang mampu secara ekonomi
 - B. Risiko tinggi penyakit menular
 - C. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga
 - D. Anak mengalami gangguan tidur
 - E. Rumah tidak memiliki ventilasi yang baik
6. Perawat mendapati bahwa keluarga belum mampu melaksanakan diet rendah garam meskipun sudah diberikan penyuluhan. Langkah yang paling tepat adalah...
 - A. Menyalahkan keluarga karena tidak patuh
 - B. Menghentikan intervensi karena tidak efektif
 - C. Mengevaluasi kembali hambatan dan memberikan edukasi lanjutan
 - D. Merujuk keluarga ke rumah sakit
 - E. Menyerahkan kasus kepada kader kesehatan
7. Indikator keberhasilan pelaksanaan intervensi keperawatan keluarga menurut SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) adalah...
 - A. Meningkatnya pengetahuan keluarga tentang penyakit
 - B. Bertambahnya jumlah kunjungan rumah
 - C. Adanya laporan kegiatan harian perawat
 - D. Meningkatnya kehadiran dalam posyandu
 - E. Menurunnya jumlah tenaga kesehatan di wilayah kerja

Jawablah SOAL ESSAY di bawah ini dengan singkat dan jelas!

1. Sebutkan dan jelaskan lima tugas kesehatan keluarga menurut teori Friedman, serta berikan satu contoh penerapannya pada keluarga dengan anak usia sekolah!
2. Suatu keluarga memiliki anak balita yang sering mengalami ISPA, namun orang tua belum memahami pentingnya menjaga ventilasi rumah. Buatlah diagnosis keperawatan keluarga yang sesuai berdasarkan SDKI, dan rancang rencana intervensi (SIKI) serta luaran yang diharapkan (SLKI) !
3. Buatlah contoh kasus sederhana keluarga dengan masalah kesehatan pada lansia, lalu susun langkah-langkah asuhan keperawatan keluarga secara sistematis sesuai teori proses keperawatan!
4. Bagaimana perawat komunitas dapat melibatkan seluruh anggota keluarga dalam penyelesaian masalah kesehatan kronis, misalnya hipertensi pada salah satu anggota keluarga?

5. Buatlah rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan perawat setelah melakukan evaluasi hasil intervensi pada keluarga dengan masalah "Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga"!

Kunci Jawaban

Soal Pilihan Ganda

1. B
2. C
3. A
4. B
5. C
6. C
7. A

G. Rangkuman Materi

Bab ini membahas aplikasi asuhan keperawatan keluarga berdasarkan tahap perkembangan. Perawat keluarga harus memahami teori perkembangan, proses penjangkauan I dan II, serta kemampuan lima tugas kesehatan keluarga. Contoh kasus pada pasangan baru, childbearing, anak usia sekolah, remaja, dan lansia menunjukkan bagaimana asuhan keperawatan keluarga dapat diterapkan secara nyata dalam praktik.

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses keperawatan yang dilakukan pada unit keluarga sebagai satu kesatuan yang memiliki struktur, fungsi, dan dinamika tertentu dalam mempertahankan kesehatan, mencegah penyakit, serta memulihkan kesehatan anggotanya.

Pemberian asuhan keperawatan keluarga dilakukan secara sistematis melalui tahapan proses keperawatan, yaitu pengkajian (penjangkauan I dan II), penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Tahapan Penjangkauan (Pengkajian)

Tahapan pengkajian keluarga terdiri dari:

- a. Penjangkauan I: Mengumpulkan data umum, struktur, demografi, fungsi keluarga, lingkungan, sumber daya, dan pola komunikasi.
- b. Penjangkauan II: Menilai kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu:
 - 1) Mengenal masalah kesehatan.
 - 2) Mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat.
 - 3) Merawat anggota keluarga yang sakit.
 - 4) Mempertahankan lingkungan rumah yang sehat.

5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Kedua tahap ini menjadi dasar untuk menetapkan diagnosis keperawatan keluarga sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

2. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahapan perkembangan keluarga menurut teori Duvall (yang telah disesuaikan dengan konteks Indonesia) mencakup:

- a. Pasangan baru (newly married)
- b. Child-bearing (keluarga dengan anak 0–30 bulan)
- c. Anak pra-sekolah
- d. Anak usia sekolah
- e. Remaja
- f. Anak dewasa/pasangan usia pertengahan
- g. Usia lanjut

Setiap tahap memiliki tugas perkembangan, kebutuhan kesehatan, dan potensi masalah yang berbeda, sehingga perawat perlu menyesuaikan fokus pengkajian dan intervensinya.

3. Aplikasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Aplikasi asuhan keperawatan keluarga mencakup:

- a. Identifikasi masalah kesehatan keluarga berdasarkan pengkajian dan lima tugas kesehatan keluarga.
- b. Penetapan prioritas masalah melalui analisis data dan diskusi dengan keluarga.
- c. Penyusunan rencana asuhan dengan acuan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan secara kolaboratif dan edukatif.
- e. Evaluasi hasil intervensi berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

Asuhan harus bersifat komprehensif, berkelanjutan, dan partisipatif, dengan melibatkan seluruh anggota keluarga.

4. Penerapan Lima Tugas Kesehatan Keluarga

Kemampuan keluarga menjalankan lima tugas kesehatan menjadi indikator tingkat kemandirian. Jika kemampuan keluarga:

- a. Belum optimal / tidak memadai, perawat memberikan bimbingan, pendidikan kesehatan, dan pendampingan.
- b. Sudah mandiri, perawat berperan dalam pemeliharaan dan penguatan perilaku sehat.

Pendekatan ini mendorong keluarga menjadi mandiri dan berdaya dalam pemeliharaan kesehatannya.

5. Contoh Aplikasi Berdasarkan Tahap Perkembangan

Contoh penerapan asuhan keperawatan keluarga:

- a. Tahap child-bearing: Edukasi gizi ibu dan ASI eksklusif, imunisasi, pencegahan infeksi bayi.
- b. Tahap anak usia sekolah: Edukasi kebersihan diri, pola tidur, manajemen stres belajar, dan pencegahan penyakit menular.
- c. Tahap lansia: Pengelolaan penyakit kronis, dukungan sosial, dan aktivitas fisik ringan untuk mempertahankan fungsi tubuh.

6. Peran Perawat dalam Asuhan Keluarga

Perawat berperan sebagai:

- a. Edukator: Memberi pendidikan kesehatan.
- b. Konselor: Membantu keluarga membuat keputusan kesehatan.
- c. Fasilitator: Menjembatani keluarga dengan layanan kesehatan.
- d. Advokat: Membela hak keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

Pendekatan asuhan harus menghargai nilai budaya, agama, dan kepercayaan keluarga, karena hal ini sangat memengaruhi keberhasilan intervensi.

7. Evaluasi dan Tindak Lanjut

Evaluasi dilakukan untuk menilai:

- a. Perubahan perilaku dan pengetahuan keluarga.
- b. Peningkatan kemampuan dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga.
- c. Pencapaian luaran sesuai SLKI.

Tindak lanjut mencakup pemantauan, edukasi berkelanjutan, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan atau kader masyarakat.

Asuhan keperawatan keluarga merupakan bentuk pelayanan keperawatan komunitas yang berorientasi pada pemberdayaan keluarga agar mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya secara mandiri sesuai tahap perkembangannya.

Penerapan konsep SDKI, SIKI, dan SLKI memastikan bahwa asuhan diberikan secara terstandar, terukur, dan sesuai kompetensi perawat.

H. Glosarium

Asuhan Keperawatan Keluarga: Proses keperawatan yang berfokus pada unit keluarga sebagai klien untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menjaga kesehatan.

Penjajakan I (Pengkajian Tahap I): Tahapan awal pengumpulan data umum keluarga, meliputi struktur, fungsi, dan lingkungan keluarga.

Penjajakan II (Pengkajian Tahap II): Analisis kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga serta identifikasi masalah kesehatan.

Lima Tugas Kesehatan Keluarga : Konsep Friedman yang menilai fungsi kesehatan keluarga, mencakup (1) mengenal masalah kesehatan, (2) mengambil keputusan, (3) merawat anggota keluarga yang sakit, (4) memelihara lingkungan sehat, dan (5) memanfaatkan fasilitas kesehatan

Tahap Perkembangan Keluarga: Urutan fase kehidupan keluarga yang menggambarkan perubahan fungsi, peran, dan tugas anggota keluarga dari pasangan baru hingga usia lanjut.

Diagnosis Keperawatan (SDKI): Pernyataan klinis yang menjelaskan respons keluarga terhadap masalah kesehatan aktual atau risiko yang dialami, berdasarkan *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

Intervensi Keperawatan (SIKI): Tindakan atau kegiatan keperawatan yang direncanakan untuk membantu keluarga mencapai luaran yang diharapkan, sesuai *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

Luaran Keperawatan (SLKI): Hasil atau perubahan status kesehatan yang diharapkan setelah intervensi keperawatan, sesuai *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

Kemandirian Keluarga: Kemampuan keluarga untuk mengenali, mengambil keputusan, dan melaksanakan tindakan kesehatan tanpa ketergantungan penuh pada tenaga kesehatan.

Edukasi Kesehatan: Proses pemberian informasi, motivasi, dan keterampilan kepada keluarga untuk meningkatkan perilaku hidup sehat.

Evaluasi Asuhan Keperawatan: Tahapan menilai sejauh mana tujuan dan luaran keperawatan tercapai setelah dilakukan intervensi, sebagai dasar untuk tindak lanjut atau modifikasi rencana asuhan.

Tahap Child-bearing: Fase keluarga yang memiliki anak berusia 0–30 bulan; fokus asuhan pada pengasuhan bayi, gizi ibu, dan pencegahan penyakit infeksi.

Keluarga dengan Anak Usia Sekolah: Tahap keluarga dengan anak berusia 6–12 tahun; fokus asuhan pada pembentukan kebiasaan hidup sehat, pencegahan penyakit, dan kesiapan belajar.

Keluarga Lansia (Aging Family): Tahap keluarga dengan anggota berusia lanjut; fokus pada adaptasi terhadap perubahan fisik, sosial, dan psikologis serta perawatan penyakit kronis.

Perawat Keluarga: Perawat yang memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga melalui pendekatan sistem, dengan mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual.

Pendekatan Komprehensif: Pendekatan dalam asuhan keperawatan yang mencakup seluruh dimensi kesehatan (aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual) untuk mencapai kesejahteraan keluarga secara utuh.

Kolaborasi Kesehatan: Kerjasama antara keluarga, perawat, tenaga medis, dan pihak terkait lainnya dalam mengatasi masalah kesehatan secara efektif dan berkelanjutan.

Partisipasi Keluarga: Keterlibatan aktif seluruh anggota keluarga dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan tindakan kesehatan.

Promosi Kesehatan Keluarga: Upaya untuk meningkatkan kesadaran dan kemampuan keluarga dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan, baik individu maupun kelompok.

Asuhan Keperawatan Komunitas: Pelayanan keperawatan yang berorientasi pada peningkatan kesehatan masyarakat, dengan keluarga sebagai fokus utama intervensi.

I. Daftar Pustaka

- César-Santos, B., Bastos, F., Dias, A., & Campos, M. J. (2024). Family Nursing Care during the Transition to Parenthood: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(5), 515. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050515>
- Dewi, I., & Widyastuti, R. (2020). *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik di Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2019). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice* (6th ed)
- Gülçek, E. (2022). Family health nursing: A recent review. *MAS Journal of Applied Sciences*, 7(11), 88-95. <https://doi.org/10.52520/masjaps.208>.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021–2023*. Thieme
- Hijrah, H., Norma Lala, N. S., Datu, N., Ruben, S. D., & Wang, S. L. (2025). Optimizing the role of family nurses in improving community health: A holistic approach:

literature review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 14(1), 73-86.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v14i1.1249>

Jarling, A., Rydström, I., Fransson, E., Nyström, M., Dalheim-Englund, A., & Ernst Bravell, M. (2024). Families' importance in nursing care—families' opinions: a cross-sectional survey study in the homecare setting. *Archives of Public Health*, 82, 87. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01314-4>

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

Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: PPNI.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: PPNI.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: PPNI.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier

PROFIL PENULIS



Dr. Drs. Supriadi, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom, Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di PSIK FK Universitas Padjadjaran Bandung, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas di FIK Universitas Indonesia Jakarta, dan Pendidikan Doktorat Bidang Pendidikan Masyarakat di Universitas Pendidikan Indonesia Bandung.

Pengalaman mengajar dimulai sejak tahun 1988 dalam berbagai bidang Keperawatan Dasar (Falsafah & Teori Keperawatan, Kebijakan Kesehatan) dan Bidang Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gerontik (KKG). Penulis juga aktif sebagai peneliti, pelaksana pengabdian kepada masyarakat, penulis buku serta nara sumber terkait pengembangan keperawatan kesehatan masyarakat dan penjaminan mutu pendidikan tinggi.

Penulis dapat dihubungi melalui email: supriadifalah@gmail.com

Pesan untuk pembaca:

Pengetahuan sejati tidak berhenti pada membaca, tetapi berlanjut pada refleksi dan aksi.



Mei Rianita Elfrida Sinaga. S.Kep., Ns., M.Kep. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara tahun 2007, dilanjutkan Profesi Ners di Universitas Sumatera Utara tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan tahun 2018 di Universitas Diponegoro dan lulus pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 sampai 2013 sebagai Perawat Primer di RSUD Bunda Thamrin Medan, Sumatera Utara. Kemudian tahun 2014 sampai saat ini penulis bekerja sebagai Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, Keperawatan

Keluarga, Keperawatan Gerontik, dan Keperawatan Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, peneliti, pembuat soal uji kompetensi keperawatan nasional, dan pengelola jurnal penelitian maupun pengabdian kepada masyarakat terakreditasi nasional, serta pengendali mutu pelatihan kesehatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mei@stikesbethesda.ac.id

Motto: "Teruslah belajar, belajarlh terus karena pembelajaran adalah kunci pertumbuhan, dan pertumbuhan adalah jalan menuju kebermaknaan hidup"

PROFIL PENULIS



Dewi Rury Arindari, S.Kep., Ners., MNS Lahir di Talang Ubi, Muara Enim, Sumatera Selatan pada 12 Oktober 1987. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu menyelesaikan jenjang S1 Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Sriwijaya pada tahun 2010 dan pendidikan S2 dengan *Major Family and Community Health Nursing* di Kasetsart University, Thailand pada tahun 2016. Sejak tahun 2011 penulis mulai aktif mengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah, pernah menjabat sebagai Sekretaris Profesi Ners, Ketua Pusat Pengabdian kepada Masyarakat dan Sekretaris Senat Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah. Penulis berhasil menjadi pemenang pada Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristekdikti RI tahun 2019, Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemdikbud RI pada tahun 2020 dan Terbaik ke-III perawat pendidik berprestasi Kota Palembang. Saat ini penulis aktif sebagai dosen fungsional yang mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi sebagai penulis buku, publikasi, seminar, koordinator pembimbing mahasiswa bidang penalaran, mengikuti organisasi PPNI dan tergabung dalam Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Provinsi Sumatera Selatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: dewirury2018@gmail.com

Lahir di Motto: "Kebahagiaan berawal dari rasa syukur yang selalu kita panjatkan"



Putri Widita Muharyani, S.Kep., Ns., M.Kep. lahir di Palembang, 30 April 1983. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran dan lulus pada tahun 2006. Penulis melanjutkan Pendidikan S2 Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2012. Sejak tahun 2006 penulis aktif melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi sebagai Dosen di Departemen Keperawatan Komunitas, Bagian Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. Penulis juga aktif di berbagai organisasi diantaranya Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) Regional IV, Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Ikatan Perawat Komunitas Indonesia (IPKKI) Sumsel dan Asosisasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI) Sumsel. Penulis juga aktif dalam publikasi penelitian pada jurnal nasional maupun internasional. Penulis dapat dihubungi melalui email putriwidita@unsri.ac.id.

PROFIL PENULIS



Siti Solihat Holida.S.Kp.,MM. Lahir di Bandung, 28 Juli 1973. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh yaitu jenjang D.3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Otten Bandung, lulus pada tahun 1995, melanjutkan program S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Padjadjaran lulus pada tahun 2001. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Winaya Mukti program magister Manajemen pendidikan dan lulus tahun 2016, pada saat menulis buku ini saya sedang melanjutkan pendidikan S.2 Keperawatan di Universitas Achmad yani Bandung dengan peminatan Magister Keperawatan Komunitas. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1995-1996 bekerja di sebuah Rumah sakit Bina Sehat yang berlokasi di wilayah Dayeuh Kolot Bandung Selatan, selanjutnya pada tahun 1996-2008 bekerja sebagai dosen di sebuah Akademi Keperawatan Bidara Mukti yang berlokasi di Kota Bandung, selanjutnya Tahun 2008 sampai sekarang bekerja sebagai dosen di Universitas Bale Bandung fakultas Ilmu Kesehatan mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Keperawatan Keluarga, dan Keperawatan Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ssolihat044@gmail.com



Nurul Laili, S.Kep.,Ns.,M.Kep Lahir di Jember, 28 April 2025. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan dan Program Pendidikan Profesi Ners, Universitas Jember tahun 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Diponegoro dan lulus tahun pada tahun 2018. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2017 sampai sekarang. Saat ini penulis bekerja di Universitas Hafshawaty Zainul Hasan Probolinggo mengampu mata kuliah Komunitas, Keluarga, Gerontik. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Fokus penelitian yang sudah dilakukan yaitu pada kelompok khusus seperti narapidana, selain itu juga melakukan penelitian pada kelompok anak sekolah dasar, remaja yang ada di pondok pesantren dan kelompok usia dewasa.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: honestiyas10@gmail.com

Motto: "Setiap hari adalah kesempatan baru untuk menjadi lebih baik"

PROFIL PENULIS



Ns. Miko Eka Putri, M.Kep di Jambi 29 April 1984. Penulis merupakan salah satu dosen tetap di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Baiturrahim Jambi. Adapun riwayat pendidikan sarjana dan profesi Di Universitas Andalas Padang tahun 2005, dan jenjang magister keperawatan spesifikasi manajemen keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2012. Memiliki 4 orang anak (3 laki-laki dan 1 orang perempuan). Lebih dari 14 Tahun mengajar di Universitas Baiturrahim memberikan pengalaman tersendiri bagi penulis dalam mengaplikasikan tridharma perguruan tinggi. Pengalaman mengajar pada mata kuliah keperawatan keluarga sejak tahun 2009, mata kuliah manajemen keperawatan, komunikasi keperawatan, keperawatan komunitas dan system informasi keperawatan. Penulis aktif dalam menulis buku, publikasi jurnal nasional dan jurnal internasional. Penulis aktif dalam menulis buku di Optimal grup sejak tahun 2024 sampai sekarang. Jumlah buku yang terbit sudah mencapai 6 buku. Untuk menghubungi penulis dapat pada email putrieka2904@gmail.com .
Motto: "Hidup semangat, dinamis dan berkarya"



Dr. Nunuk Sri Purwanti, S.Kp., M.Kes. Lahir di Klaten, 28 Pebruari 1967. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, lulus tahun 1993. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gadjah Mada, lulus pada tahun 2004. Sedangkan Pendidikan S3 pada Program Studi Doktorat Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, FK-KMK Universitas Gadjah Mada, diselesaikan pada tahun 2021. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1994 sebagai pendidik di Sekolah Perawat Kesehatan, Departemen Kesehatan RI. Kemudian sejak tahun 2001, melebur sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Jurusan Keperawatan. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah keperawatan komunitas, keperawatan kelompok khusus, keperawatan keluarga dan keperawatan gerontik. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, dan publikasi ilmiah baik di jurnal nasional maupun internasional. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nunuksripurwanti@gmail.com.

Motto: "Bekerja dan berdo'a"

Sinopsis

Buku ajar “Keperawatan Keluarga” hadir sebagai sumber belajar komprehensif bagi mahasiswa keperawatan, dosen, dan praktisi yang ingin memahami secara mendalam peran perawat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan keluarga. Buku ini menguraikan konsep dasar, teori, model, dan proses keperawatan keluarga secara sistematis, dengan menekankan pentingnya keluarga sebagai unit utama dalam upaya kesehatan masyarakat.

Melalui pendekatan family-centered care dan evidence-based practice, pembaca diajak memahami bagaimana keluarga berperan dalam pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan, serta penanganan masalah kesehatan anggota keluarga. Buku ini juga membahas proses keperawatan keluarga mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi asuhan secara menyeluruh.

Disusun berdasarkan kurikulum Outcome Based Education (OBE) dan Standar Kompetensi Ners Indonesia (SKNI), buku ini dilengkapi dengan contoh kasus, latihan reflektif, dan panduan praktik lapangan yang relevan dengan konteks pelayanan keperawatan di Indonesia.

Dengan penyajian yang sistematis dan bahasa yang mudah dipahami, buku ajar ini diharapkan menjadi pegangan utama dalam pembelajaran teori dan praktik keperawatan keluarga, sekaligus menumbuhkan kemampuan berpikir kritis dan empati profesional bagi calon perawat masa depan.

Buku ajar “Keperawatan Keluarga” hadir sebagai sumber belajar komprehensif bagi mahasiswa keperawatan, dosen, dan praktisi yang ingin memahami secara mendalam peran perawat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan keluarga. Buku ini menguraikan konsep dasar, teori, model, dan proses keperawatan keluarga secara sistematis, dengan menekankan pentingnya keluarga sebagai unit utama dalam upaya kesehatan masyarakat.

Melalui pendekatan family-centered care dan evidence-based practice, pembaca diajak memahami bagaimana keluarga berperan dalam pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan, serta penanganan masalah kesehatan anggota keluarga. Buku ini juga membahas proses keperawatan keluarga mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi asuhan secara menyeluruh.

Disusun berdasarkan kurikulum Outcome Based Education (OBE) dan Standar Kompetensi Ners Indonesia (SKNI), buku ini dilengkapi dengan contoh kasus, latihan reflektif, dan panduan praktik lapangan yang relevan dengan konteks pelayanan keperawatan di Indonesia.

Dengan penyajian yang sistematis dan bahasa yang mudah dipahami, buku ajar ini diharapkan menjadi pegangan utama dalam pembelajaran teori dan praktik keperawatan keluarga, sekaligus menumbuhkan kemampuan berpikir kritis dan empati profesional bagi calon perawat masa depan.

Penerbit:

PT OPTIMAL UNTUK NEGERI

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88 RT. 001 RW. 005

Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat, DKI Jakarta, 11620

ISBN 978-634-7426-32-1



9

786347

426321

